



---

# **LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES: RELACTACIÓN Y LACTANCIA INDUCIDA**

---

Revisión narrativa



**Paula García Ávila**

Tutor: Dra. M<sup>a</sup> Carmen Sellán Soto

Grado en Enfermería

Curso 2015-2016

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Madrid





## RESUMEN

---

**Introducción:** Todas las madres tienen derecho a amamantar, como todos los niños tienen derecho a ser amamantados, pero existen circunstancias en las que esta tarea se puede complicar de una manera especial. Existe la posibilidad de volver a producir leche, habiéndola producido recientemente o en el pasado, o de establecerla sin haberse quedado embarazada; estas experiencias son conocidas como “relactación” y “lactancia inducida”.

**Objetivos:** Ampliar los conocimientos acerca de la relactación y la lactancia inducida, estudiar los casos en los que se han podido llevar a cabo y cuáles han sido los aspectos determinantes para que se hayan logrado.

**Material y Métodos:** La revisión narrativa se realizó en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, Cinahl, Cuiden, Web of Science, Scopus, Dialnet, Medes y Enfispo. Se seleccionaron 19 artículos publicados entre los años 2006 y 2016 en lengua inglesa y portuguesa, todos ellos relacionados con el proceso de relactación o lactancia inducida.

**Resultados:** Tras el análisis de los artículos seleccionados pudimos comprobar que los procesos de relactación y lactancia inducida pueden llevarse a cabo de manera satisfactoria en la mayoría de los casos. Los factores determinantes para ello fueron una buena instrucción y motivación por parte de los profesionales sanitarios, el apoyo de los familiares y seres queridos (en especial de la pareja), la buena realización de los métodos no farmacológicos, la utilización de los suplementadores de lactancia y la prescripción de un tratamiento farmacológico.

**Conclusiones:** La relactación requiere de apoyo y motivación, y en algunas ocasiones una buena labor en tareas de prevención, educación y apoyo de la lactancia materna evitaría plantearse esta opción. Debido a los cambios sociológicos y la aparición de nuevas estructuras familiares, lactancia materna en situaciones de adopción, familias monoparentales y homosexuales tiene que ser promocionada para ofrecer a todos nuestros pacientes tratamientos de forma equitativa. Resulta fundamental el buen asesoramiento y motivación a todas estas madres que se inician en el proceso de relactación o lactancia inducida.

**Palabras clave:** relactación; lactancia adoptiva; leche materna; prematuros; recién nacido pretérmino; recién nacido de bajo peso; adopción; homosexualidad; VIH.

# ABSTRACT

---

**Introduction:** All mothers have the right of breastfeeding, like all children have the right to be breastfed, but there are circumstances in which this task can be complicated in a special way. There is a possibility of producing milk again, having it recently produced or in the past, or set it without being pregnant; these experiences that are known as "relactation" and "induced lactation".

**Objective:** To increase the knowledge about relactation and induced lactation, to study the cases which have been tested out and what have been the determining factors that have been achieved.

**Subjects and Methods:** The narrative review was conducted in the databases of Health Sciences: PubMed, Cinahl, Cuiden, Web of Science, Scopus, Dialnet, Medes y Enfispo. There were 19 articles published between 2006 and 2016 in English and Portuguese language which were selected, all related to the process of relactation or induced lactation.

**Results:** After analysis of the selected articles we found that relactation processes and induced lactation can be performed successfully in most cases. The decisive factors were health professional dedication and motivation, support of family and loved ones (especially from the couple), a good performance of non-pharmacological methods, the use of breastfeeding supplementers and prescription pharmacological treatment.

**Conclusion:** Relactation requires support and encouragement, and sometimes a good job in prevention efforts, education and support of breastfeeding will avoid considering this option. Because of sociological changes and the emergence of new family structures, breastfeeding in situations of adoption, single and homosexual parent families has to be promoted to offer our patients treatments equally. It is essential good advices and encouragement to all those mothers who start the process of relactation or induced lactation.

**Key words:** Relactation; induced lactation; breastfeeding; premature infants; birth preterm; low weight birth; adoption; homosexuality; HIV.

# ÍNDICE

---

RESUMEN .....	I
ABSTRACT .....	II
1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES.....	4
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	8
1.3 OBJETIVOS DEL TRABAJO .....	8
2. MATERIAL Y MÉTODO .....	9
3. RESULTADOS .....	20
3.1. RELACTACIÓN .....	20
3.1.1. En prematuros.....	20
3.1.2. Casos de desnutrición y/o diarrea.....	23
3.1.3. Problemas o enfermedad de la madre.....	25
3.1.4. Varios .....	28
3.2. LACTANCIA INDUCIDA.....	37
3.2.1. Madres adoptivas.....	37
3.2.2. Madres homosexuales .....	39
3.2.3. Otros .....	42
4. DISCUSIÓN .....	45
5. CONCLUSIONES .....	48
6. LIMITACIONES .....	49
7. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA .....	49
8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	51
AGRADECIMIENTOS.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53

## ÍNDICE DE TABLAS

---

TABLA 1. ECUACIONES DE BÚSQUEDA RELACTACIÓN .....	11
TABLA 2. ECUACIONES DE BÚSQUEDA LACTANCIA INDUCIDA .....	12
TABLA 3. PROCESO DE OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS .....	13
TABLA 4. RESULTADOS RELACTACIÓN.....	33
TABLA 5. RESULTADOS LACTANCIA INDUCIDA .....	43

# 1. INTRODUCCIÓN

---

La lactancia materna exclusiva es recomendada por la Organización Mundial de la Salud durante los 6 primeros meses de vida y hasta los 2 años complementándola progresivamente con nuevos alimentos. La problemática y dificultades que se plantean a lo largo de este periodo de tiempo y durante toda la alimentación del recién llegado son numerosas, por ello, la OMS desempeña y elabora continuamente políticas y estrategias de promoción para fomentar y facilitar el amamantamiento y aumentar así las tasas de lactancia natural. Esta autoridad publicó 10 datos sobre la lactancia materna (“10 datos sobre la lactancia,” 2015), en los cuales abarca los principales puntos de interés sobre ella respecto a sus beneficios (tanto para la madre, como para la salud del lactante a corto y largo plazo), principales recomendaciones y controversias (porqué lactancia materna y no artificial), la lactancia natural en madres infectadas por VIH así como la normativa vigente acerca de la comercialización de sucedáneos de la leche materna, y la relevancia del apoyo a la mujer, también en circunstancias laborales, para poder seguir lactando. Así mismo, orienta para la introducción de nuevos alimentos a partir del sexto mes.

Una de las mejores propuestas para promover, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva fue llevada a cabo por la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con la publicación en 1992 de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) (2009). La base de esta Iniciativa fue impulsar uno de los aspectos que se recoge en la Declaración de Innocenti: *Garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural* (p. 1), que aparece en otra declaración anterior de la OMS/UNICEF “Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad”. Son 10 los pasos que se necesitan para ser considerado un hospital IHAN a diferencia de 7 para ser considerado un Centro de Salud- IHAN (CS-IHAN) (2014).

En España, la Asociación Iniciativa Hospital Amigos de los niños decidió en septiembre del 2009 cambiar el significado de las siglas IHAN por “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”, debido a que los hospitales no catalogados como tal pudieran parecer “enemigos” y el Observatorio de

Salud de la Mujer no estimaba oportuno la no distinción de niños/as (“La IHAN “Iniciativa Hospital,” 2009).

Si bien se tomaron medidas para que las instituciones apoyaran la práctica de la lactancia natural, las mismas autoridades de forma conjunta realizaron un curso de 40 horas reflejado en el documento “Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación” (1998) para formar a los profesionales sanitarios a prestar los servicios, cuidados y atenciones necesarias a las madres que deciden amamantar a sus hijos, para asesorarlas ante las posibles dudas y complicaciones que se les pueda plantear, así como a mostrarles el apoyo oportuno en la tarea de lactar.

Según los últimos datos estadísticos sobre el tipo de lactancia de elección, publicados en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (con actualización del 20 de Mayo de 2015) (Instituto Nacional de Estadística, 2013), se refleja un predominio de la lactancia natural durante los primeros 3 meses (66,2 % las 6 primeras semanas y un 53,6% en los 3 primeros meses), dando paso a la lactancia artificial como principal tipo de alimentación a partir del sexto mes con un 53,1% frente al 28,5 % de la lactancia materna. Así mismo, en esta misma encuesta se puede observar que el tipo de alimentación escogido no depende de manera significativa de la clase social basada en la ocupación, atendiendo a los criterios de clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología. Estas apreciaciones se corroboran con los resultados de la “Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia”, llevada a cabo por el Grupo Español de Trabajo de la Iniciativa Global de la Lactancia Materna (The Global Breastfeeding Initiative) (2013), en los cuales también se produce un descenso en el porcentaje de madres que ofrece lactancia materna exclusiva a sus hijos cuando superan el 5º mes. La razón de la creación de esta Iniciativa Global es la de eliminar las barreras que obstaculizan o imposibilitan que las madres den el pecho, impidiendo el aumento de tasas de lactancia materna.

El principal motivo por el que disminuye la proporción de LME y se opta por el inicio de lactancia mixta es la reincorporación al trabajo, coincidiendo con la segunda razón por la que se deja de dar el pecho, siendo la primera el pensamiento de “cada vez tengo menos leche” (Díaz, 2013).

Esta problemática de la incorporación laboral, que resulta uno de los principales impedimentos para el mantenimiento de la lactancia materna, lleva siendo abordada desde hace mucho tiempo por la Organización Internacional del Trabajo a través del Convenio sobre “Protección de la Maternidad” (2012). A lo largo de la historia son tres



los convenios promulgados acerca de la protección de la maternidad, cada uno de ellos son una revisión referente a la anterior publicación, siendo el primero en 1919 (nº 3), siguiéndole el nº 103 a fecha de 1952, y por último el más actual, Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000, Nº 183 y la relativa Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000, Nº 191, que lo complementa. Estos conciertos acuerdan ciertas medidas de protección para la maternidad, durante y después del embarazo, entre las que destacan: la prevención de la exposición a riesgos de seguridad y salud durante el embarazo y la lactancia, la salud materna e infantil, los derechos a una licencia de maternidad remunerada y a volver a trabajar después de ella, la protección contra la discriminación y el despido relacionado con la maternidad y la posibilidad de disponer de interrupciones para la lactancia (2012). En cuanto a las madres lactantes se refiere (C183, 2000) se establece el *derecho a una o varias interrupciones por día o a una reducción diaria del tiempo de trabajo para lactancia de su hijo* (art. 10.1), así mismo *el período en que se autorizan las interrupciones para la lactancia o la reducción diaria del tiempo de trabajo, el número y la duración de esas interrupciones y las modalidades relativas a la reducción diaria del tiempo de trabajo serán fijados por la legislación y la práctica nacionales. Estas interrupciones o la reducción diaria del tiempo de trabajo deben contabilizarse como tiempo de trabajo y remunerarse en consecuencia* (art. 10.2).

En el informe de la Organización Internacional del Trabajo “La maternidad y la paternidad en el trabajo: Legislación y práctica en el mundo” (2014), se compara la legislación vigente de 185 países con las normas establecidas por la OIT más recientes, de los cuales el 34% cumple en su totalidad con los requisitos del Convenio sobre protección de la maternidad, 2000 (núm. 183), y de la Recomendación que lo complementa, 2000 (núm. 191). España no forma parte de esta relación (“Convenios actualizados no ratificados”) y según el presente estudio hay constancia de ciertas medidas de coacción, como el acoso, a trabajadoras embarazadas y madres recientes con el fin de que renuncien a su puesto de trabajo (OIT, 2014).

## 1.1 LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES

Todas las madres tienen derecho a amamantar, como todos los bebés a ser amamantados, pero existen ocasiones en la que esta tarea se imposibilita por causas especialmente difíciles.

La “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño” fue elaborada conjuntamente por la OMS y UNICEF (2002) con la intención de mejorar, mediante una buena práctica alimenticia, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, y la salud, lo que conjuntamente conlleva a aumentar la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños. En dicha estrategia se valora la opción de otro tipo de alimentación en circunstancias excepcionalmente complicadas; bien porque la madre padezca alguna enfermedad infectocontagiosa que puede transmitirse a través de la leche materna; debido a *circunstancias especiales* (como pueda ser una situación de orfandad); y a *situaciones de emergencia* debido a un desastre natural, por ejemplo. (pp. 11-12).

Uno de los objetivos de la estrategia mundial consiste en que se utilice como guía para la adopción de medidas ya que fue emprendida bajo dos claros principios: ser lo más participativa posible y estar bajo disposición de los mejores datos científicos y epidemiológicos. Con la creación de este documento se pudo renovar la colaboración en este trabajo con las principales políticas sobre lactancia materna como son la Iniciativa Hospitales amigos del niño, el Código Internacional de comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la Declaración Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural, lo que permite que las madres y las familias reciban el apoyo y la orientación necesaria (OMS y UNICEF, 2002).

Anteriormente se han ejemplificado algunas situaciones en las que lactar resulta una tarea excepcionalmente complicada, a causa del bebé, de la madre o a fenómenos externos. Cuando esta problemática acontece, se barajan una serie de alternativas, donde la elección dependerá de cada tipo de circunstancia, en la que la leche materna sigue siendo la protagonista pero la forma de alimentar cambia: desde la extracción de la leche de la propia madre a la de una nodriza sana, a través de bancos de leche o mediante sucedáneos de leche materna (OMS y UNICEF, 2002). Es posible también, que se utilicen otras medidas para amamantar al recién nacido o al niño pequeño o para volver a hacerlo una vez se hayan superado algunos de los problemas nombrados. Existe la posibilidad de volver a producir leche, habiéndola producido recientemente o

en el pasado, o de establecerla sin haberse quedado embarazada, estas experiencias son conocidas como “relactación” y “lactancia inducida”. Hablaremos de relactación cuando nos refiramos a mujeres que han dado anteriormente el pecho y quieren volver a darlo, y a lactancia inducida cuando una mujer consiga amamantar a un bebé sin haber estado previamente embarazada (Hormann y Savaje, 1998).

En unos estudios retrospectivos realizados por Auerbach y Avery (1980; 1981) y Auerbach (1981) citados por Hormann y Savaje (1998) como los mayores realizados hasta el momento, se analizaron cuatro grupos de madres utilizando el método recuerdo:

- 174 mujeres que relactaron después de haber realizado el destete demasiado temprano.
- 117 mujeres que buscaron la relactación en sus bebés con bajo peso al nacer.
- 75 mujeres que volvieron a restablecer la lactancia materna después de que ellas o sus bebés hubieran estado hospitalizados.
- 240 mujeres que desearon amamantar a un hijo adoptado: 83 de las mujeres nunca antes se habían quedado embarazadas, 55 nunca lactaron aun habiendo estado embarazadas y 102 habían lactado con anterioridad.

De estos estudios se extrajeron una serie de conclusiones (Auerbach, 1981) que se agruparon en varios apartados: preparación para la relactación/lactancia inducida, respuesta materna a la relactación/lactancia inducida, los bebés y parámetros de éxito.

Para la **preparación para la relactación/lactancia inducida** a veces se suplementó la dieta materna con un incremento en la cantidad proteica, pero la mayoría de las mujeres tuvieron suficiente con una dieta equilibrada. Las diferentes técnicas para la estimulación del pezón estaban dirigidas a aumentar la cantidad del flujo de leche o para iniciar su producción, para ello se utilizaban extractores de leche mecánicos o manuales, resultando más efectiva la extracción manual a través de masajes en el pecho y pezón o mediante su fricción. Algunos participantes también tomaron alguna preparación de hormonas exógenas, siendo la más efectiva el spray de oxitocina nasal (syntocinon).

En cuanto a la **respuesta materna** ante estos procesos, las participantes mencionan cambios físicos a nivel de las mamas, pezón, cambios menstruales y producción de leche. Estos cambios menstruales fueron más notorios en las mujeres que relactaron, siendo menores en las madres adoptivas, además, las madres con hijos con bajo peso al nacer notaron que al inicio de la menstruación disminuía su producción de leche.

Con respecto a **los bebés**, se demostró que una edad menor de 3 meses a la hora de iniciar la lactancia favorecía el éxito en su establecimiento. El peso de los recién nacidos de bajo peso afectaba a la hora de que estos aceptaran su colocación al pecho, y este peso podía estar influenciado por los diferentes métodos de alimentación que habían recibido durante su estancia en las unidades de cuidados intensivos, pudiendo perjudicar la temprana introducción de las tetinas y la alimentación por biberón en el rechazo a succionar el pecho. Por otra parte, las madres adoptivas tenían más facilidad en amamantar a sus hijos si estas ya habían lactado previamente.

Los **parámetros de éxito** que hicieron posible la relactación/lactancia inducida vienen determinados por varios factores. En muchas ocasiones el esfuerzo de la madre para desarrollar estos procesos es medido por el criterio de no haber suplementado a su bebé, solo un 2% del estudio de las madres adoptivas consiguió realizarlo. Dependiendo de los grupos de madres analizados la duración de esta suplementación era más o menos larga: las madres adoptivas eran las que menos podían prescindir de ella durante el primer mes de amamantamiento al contrario que las madres que no se encontraban junto a sus hijos a causa de hospitalización; tanto las madres con niños de bajo peso al nacer como las que habían sufrido un destete prematuro tenían las mismas opciones de eliminarlos. De este modo, la mayoría de las participantes se sintieron beneficiadas con la suplementación, sobre todo si no era administrada desde biberones. Suplementador de lactancia Lact-aid®, cuentagotas o cucharas fueron las técnicas de suplementación que mejor resultado dieron en la mayor parte de las participantes. Por último, otro parámetro importante es cómo estas mujeres evaluaron esta experiencia: tres cuartas partes la catalogaron positivamente, y para aquellas que lo hicieron de manera negativa o ambivalente se observó que estaban menos comprometidas con el hecho de amamantar y más preocupadas por la cantidad de leche producida. Auerbach finaliza explicando que independiente del motivo por el que se decide sumergirse en estos procesos (bajo peso al nacer de los recién nacidos y su temporal separación por hospitalización o un destete prematuro), la mayoría de las madres lo viven como una relación indistinguible que se crea gracias al amamantamiento y el cual disfrutan en todo el mundo millones de mujeres.

Nombrando los motivos que pueden conllevar a que se tome la decisión de intentar proporcionar la lactancia materna de esta manera, según Hormann y Savaje (1998), las circunstancias en las que se puede valorar la opción de indicar la relactación o lactancia inducida son las siguientes:

- *Para el tratamiento de algunos lactantes enfermos*, aquellos que a causa de una enfermedad han detenido el amamantamiento, los que con una edad inferior a 6 meses han padecido diarrea aguda o persistente, y los que han sido alimentados con lactancia artificial y no la han tolerado.
- *Para los lactantes que tuvieron bajo peso al nacer*, a los cuales no se les pudo amamantar de una forma efectiva durante las primeras semanas de vida y precisaron otras técnicas de alimentación mediante el uso de la taza o por gravedad.
- *Para los lactantes con problemas de alimentación*, debido a dificultades en el establecimiento de la lactancia o por disminución importante de la secreción de leche debido a una mala técnica o un manejo inadecuado.
- *Para los lactantes que han sido separados de sus madres*, debido a la hospitalización de estas o de ellos mismos.
- *En situaciones de emergencia*, para los niños que han experimentado una situación de orfandad; aquellos a los que se les alimentó de forma artificial antes de la emergencia; y a los que se les interrumpió el amamantamiento.
- *En situaciones individuales*, debido a cambios de opinión sobre la alimentación de su bebé al que en un principio optó por alimentarlo a través de lactancia artificial, o en situaciones de adopción, donde la lactancia natural es un medio a por el cual puede fomentar el apego materno-filial, además de las otras múltiples ventajas que ofrece.
- *Cuando a una mujer le es imposible amamantar a su hijo*, ya sea por defunción, por padecimiento de una enfermedad altamente grave o infectocontagiosa (VIH), y ha elegido después de ser bien informada, no ofrecerle el pecho a su hijo. En estos casos se posibilita la opción de que alguien de un entorno cercano, como una familiar, alimente al niño mediante la relactación. (pp. 2- 3).

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

El interés en este tema surge durante el proceso de aprendizaje del Practicum VI, a través de una conversación con una estudiante EIR de Matrona, la cual me mencionó dicha cuestión. El asombro acontece cuando al intentar informarme en mayor profundidad gran parte de los profesionales desconocen dichos métodos, catalogándolos incluso de imposibles. Esta autoría considera un punto de interés a nivel profesional puesto que conocer más acerca de estas alternativas facilita que todas las mujeres, independientemente de sus circunstancias personales, puedan proporcionarles a sus bebés la mejor forma de alimentación.

## **1.3 OBJETIVOS DEL TRABAJO**

La finalidad de realizar el presente Trabajo Fin de Grado es la de ampliar los conocimientos acerca de la relactación y la lactancia inducida, estudiar los casos en los que se han podido llevar a cabo y cuáles han sido los aspectos determinantes para que se hayan logrado. Con la realización de esta revisión bibliográfica se pretende “dar a conocer” un tema desconocido en la práctica actual y poco inculcado a través de las aulas, para que en un futuro próximo, desde los centros sanitarios, se pueda fomentar la relactación y la lactancia inducida con la misma importancia, el mismo propósito y las mismas políticas de promoción y educación sanitaria que se están realizando con la lactancia materna.

## 2. MATERIAL Y MÉTODO

---

Se realizaron dos búsquedas bibliográficas entre los meses de diciembre de 2015 y febrero de 2016 en las bases de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Cinahl, CUIDEN y Web of Science, correspondientes a la temática de esta revisión bibliográfica: relactación y lactancia inducida. Las bases de cada revisión se centraron en torno a las palabras de lenguaje libre: “relactation” e “induced lactation” o “inducing lactation” en inglés; y “relactación” y “lactancia inducida” en español, respectivamente. Estos términos serán los llamados “términos principales” y así me referiré a ellos a lo largo de este apartado. Dichas búsquedas se tuvieron que ejecutar en lenguaje libre ya que no se atribuyen ningunos términos de lenguaje controlado a estos vocablos y en ninguna base de datos descendía, por ello se decidió ampliar la búsqueda a otras bases como fueron SCOPUS, DIALNET, MEDES y ENFISPO.

En una segunda búsqueda se llevaron a cabo diversas combinaciones con el operador booleano “AND” atendiendo a las siguientes palabras/términos clave (que califico como términos secundarios): “birth preterm”, “birth premature”, “low weight birth”, “HIV”, “adoption” y “homosexuality”. Se observó que en el momento de realizar las estrategias de búsqueda relacionando los términos principales con los secundarios, aunque se concretaban los resultados obtenidos con respecto a la ejecución de la búsqueda del término principal, los artículos que aparecían eran los mimos. Debido a esta razón no se han formulado diferentes estrategias para las distintas bases de datos, ya que de por sí, los resultados eran muy limitados en su primera búsqueda.

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados en la presente búsqueda fueron los siguientes:

**Criterios de inclusión:** evidencia generada en inglés, español y portugués en los 10 últimos años (de 2006 a 2016). Artículos relacionados con el proceso de relactancia o lactancia inducida.

**Criterios de exclusión:** artículos que se centran en la composición de la leche materna o aquellos que comparan esta composición cuando se relacta. Se descartan también aquellos artículos que no narran el proceso de la relactación o lactancia inducida centrándose en los diferentes fármacos u hormonas que ayudan a que esto se produzca.

Se realizan dos tablas diferentes (**ver tablas 1, 1.1, 2 y 2.1**) para cada una de las dos temáticas que acontecen, quedando reflejadas las búsquedas realizadas con las diferentes estrategias de búsqueda, sin incluir en ellas el principal limitador de esta, que ha sido el **período de 10 años de antigüedad**, puesto que se aplicaron en todas.

En cuanto al proceso de obtención de datos, inicialmente se obtuvieron 137 resultados tras la búsqueda en las ocho bases de datos consultadas. Hay que señalar que, en todas ellas, al ejecutar las sentencias de búsqueda, se volvían a obtener en un gran porcentaje los mismos artículos, por lo que se fueron descartando cuando ya estaban seleccionados. Una vez realizada la lectura del resumen y examinar que los artículos cumplieran los criterios de inclusión, las referencias disminuyeron a 25. Fueron 23 los artículos que se recuperaron a texto completo y finalmente, tras la lectura crítica, se obtuvieron 19 artículos. Se adjunta una tabla (**ver tabla 3**) detallando dicho proceso, sin añadir las sentencias de búsqueda que no ofrecieron resultados ni tampoco el limitador de periodo de tiempo, por la misma razón que se explicaba anteriormente.



**TABLA 1. ECUACIONES DE BÚSQUEDA RELACTACIÓN**

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	BASE DE DATOS / RESULTADOS							
	PUBMED	CINAHL	CUIDEN	WEB OF SCIENCE	SCOPUS	DIALNET	MEDES	ENFISPO
E1: Relactation	12	4	-	18	14	0	-	0
E2: “relactation” AND (birth AND (preterm OR premautre))	1	1	-	1	-	-	-	-
E3: “relactation” AND “low weight birth”	1	0	-	1	-	-	-	-
E4: “relactation” AND HIV	1	0		1				
E5: Relactación	-	-	3	-	-	2	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>							

**Fuente:** elaboración propia

**TABLA 1.1. ECUACIONES DE BÚSQUEDA RELACTACIÓN**

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD	
	MEDLINE	LILACS
E1: Relactation	12	4
E5: Relactación	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	

**Fuente:** elaboración propia

**TABLA 2. ECUACIONES DE BÚSQUEDA LACTANCIA INDUCIDA**

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	BASE DE DATOS / RESULTADOS							
	PUBMED	CINAHL	CUIDEN	WEB OF SCIENCE	SCOPUS	DIALNET	MEDES	ENFISPO
<b>E1:</b> “induced lactation” OR “inducing lactation”	9	8	-	24	19	3	-	0
<b>E2:</b> (“induced lactation” OR “inducing lactation”) AND adoption	4	0	-	4	-	-	-	-
<b>E3:</b> (“induced lactation” OR “inducing lactation”) AND HIV	1	1	-	3	-	-	-	-
<b>E4:</b> (“induced lactation” OR “inducing lactation”) AND homosexuality	1	0		1	-	-	-	-
<b>E5:</b> “Lactancia inducida	-	-	1	-	-	0	0	0
<b>TOTAL</b>	63							

**Fuente:** elaboración propia

**TABLA 2.2. ECUACIONES DE BÚSQUEDA LACTANCIA INDUCIDA**

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD	
	MEDLINE	LILACS
<b>E1:</b> “Induced lactation” OR “inducing lactation”	7	0
<b>E5:</b> “Lactancia inducida”	0	1
<b>TOTAL</b>	8	

**Fuente:** elaboración propia

**TABLA 3. PROCESO DE OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS**

RELACTATION					
PUBMED					
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS INICIALES	TÍTULO	RESUMEN	ANALIZADOS	SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA
<b>E1:</b> relactation[All Fields] AND ("2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat])	12	2	1	9	9
<b>E2:</b> (relactation[All Fields] AND "2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat]) AND (("parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "birth"[All Fields]) AND (("premature birth"[MeSH Terms] OR ("premature"[All Fields] AND "birth"[All Fields]) OR "premature birth"[All Fields] OR "premature"[All Fields]) OR preterm[All Fields])) AND ("2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat])	1	0	0	0	0
<b>E3:</b> (relactation[All Fields] AND "2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat]) AND ("infant, low birth weight"[MeSH Terms] OR ("infant"[All Fields] AND "low"[All Fields] AND "birth"[All Fields] AND "weight"[All Fields]) OR "low birth weight infant"[All Fields] OR ("low"[All Fields] AND "birth"[All Fields] AND "weight"[All Fields]) OR "low birth weight"[All Fields]) AND ("2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat])	1	1	0	0	0

<b>E4:</b> (relactation[All Fields] AND "2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat]) AND ("hiv"[MeSH Terms] OR "hiv"[All Fields]) AND ("2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat])	1	1	0	0	0
<b>CINAHL</b>					
<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>ANALIZADOS</b>	<b>SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA</b>
<b>E1:</b> “Relactation “ Limitadores- Fecha de publicación: 20060101-20161231 Modo de búsqueda – Boleano/Frase	4	4	0	0	0
<b>E2:</b> “relactation” AND (birth AND (preterm OR premautre)) Limitadores- Fecha de publicación: 20060101-20161231 Modo de búsqueda – Boleano/Frase	1	1	0	0	0
<b>CUIDEN</b>					
<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>TÍTULOS</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>ANALIZADOS</b>	<b>SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA</b>
<b>E5:</b> Relactación	3	1	1	1	1
<b>WEB OF SCIENCE</b>					
<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>TÍTULOS</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>ANALIZADOS</b>	<b>SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA</b>
<b>E1:</b> Relactation Periodo de tiempo: 2006-2016	18	5	1	2	2
<b>DIALNET</b>					

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	TÍTULO	RESUMEN	ANALIZADOS	SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA
E5: Relactación	2	1	1	0	0
SCOPUS					
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	TÍTULO	RESUMEN	ANALIZADOS	SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA
E1: TITLE-ABS-KEY ( relactation ) AND PUBYEAR > 2005	14	13	0	1	1
BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD					
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS/BASE DE DATOS	TÍTULO	RESUMEN	ANALIZADOS	SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA
E1: tw:(relactation) AND (instance:"regional") AND ( year_cluster:("2014" OR "2010" OR "2013" OR "2008" OR "2009" OR "2011" OR "2012" OR "2015"))	12 / MEDLINE	12	0	0	0
	4/ LILACS	4	0	0	0
E5: tw:(relactación) AND (instance:"regional") AND ( year_cluster:("2014" OR "2010" OR "2013" OR "2008" OR "2009" OR "2011" OR "2012" OR "2015"))	2 / LILACS	2	0	0	0
					<b>Total: 13 documentos</b>
<b>Fuente: Elaboración propia</b>					

**TABLA 3. PROCESO DE OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS (CONTINUACIÓN)**

INDUCED LACTATION						
PUBMED						
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	FILTROS	RESULTADOS INICIALES	TÍTULO	RESUMEN	ANALIZADOS	SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA
<b>E1:</b> ("induced lactation"[All Fields] OR "inducing lactation"[All Fields]) AND ("2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	Humas	9	4	0	5	2
<b>E2:</b> (("induced lactation"[All Fields] OR "inducing lactation"[All Fields]) AND "2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]) AND ("adoption"[MeSH Terms] OR "adoption"[All Fields]) AND ("2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	Humans	4	4	0	0	0
<b>E3:</b> (((("induced lactation"[All Fields] OR "inducing lactation"[All Fields]) AND "2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]) AND "2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]) AND ("hiv"[MeSH Terms] OR "hiv"[All Fields]) AND ("2006/03/07"[PDat] :	Humans	1	1	0	0	0

"2016/03/03"[PDat])						
<b>E4:</b> (((("induced lactation"[All Fields] OR "inducing lactation"[All Fields]) AND "2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]) AND "2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]) AND ("homosexuality"[MeSH Terms] OR "homosexuality"[All Fields]) AND ("2006/03/07"[PDat] : "2016/03/03"[PDat]	Humans	1	1	0	0	0
<b>CINAHL</b>						
<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>ANALIZADOS</b>	<b>SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA</b>	
<b>E1:</b> “induced lactation” OR “inducing lactation” Limitadores- Fecha de publicación: 20060101-20161231 Modo de búsqueda – Boleano/Frase	8	6	0	2	1	
<b>CUIDEN</b>						
<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>TÍTULOS</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>ANALIZADOS</b>	<b>SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA</b>	
<b>E5:</b> “Lactancia inducida”	1	1	0	0	0	
<b>WEB OF SCIENCE</b>						
<b>ESTRATEGIA DE</b>	<b>FILTROS</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>TÍTULOS</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>ANALIZADOS</b>	<b>SELECCIONADOS</b>

BÚSQUEDA						TRAS LECTURA CRÍTICA
E1: Tema: ("induced lactation" OR "inducing lactation") Refinado por: [excluyendo] Áreas de investigación: ( VETERINARY SCIENCES OR ZOOLOGY ) AND [excluyendo] Áreas de investigación: ( AGRICULTURE OR BIOTECHNOLOGY APPLIED MICROBIOLOGY OR PLANT SCIENCES ) AND [excluyendo] Áreas de investigación: ( FOOD SCIENCE TECHNOLOGY ) Período de tiempo=2006-2016	Áreas de investigación: Agriculture, Biotechnology, Applied microbiology, Plant sciences y Food science technology.	24	20	3	1	1
DIALNET						
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	TÍTULO		RESUMEN	ANALIZADOS	SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA
E1: (“indecd lactation” OR “inducing lactation”)	3	3		0	0	0
SCOPUS						
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	FILTROS	RESULTADOS	TÍTULO	RESUMEN	ANALIZADOS	SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA



<b>E1:</b> ( "induced lactation" OR "inducing lactation" ) AND PUBYEAR > 2005 AND ( EXCLUDE ( SUBJAREA , "CENG" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "AGRI" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "VETE" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "BIOC" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "ENVI" ) )	<b>Subject area:</b> Agricultural and BiologicalSciences Biochemistry, Genetics and Molecular Biology / ChemicalEngineering/ Engineering/ environmentalscience/ Immunology and Microbiology/ Neuroscience/ Veterinary	19	15	0	4	2
<b>BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD</b>						
<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS/BASE DE DATOS</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>ANALIZADOS</b>	<b>SELECCIONADOS TRAS LECTURA CRÍTICA</b>	
<b>E1:</b> tw:( "induced lactation" OR "inducing lactation" ) AND (instance:"regional") AND ( limit:( "pregnancy" OR "female" OR "humans" OR "adult" OR "male" OR "newborn" ) AND year_cluster:( "2015" OR "2012" OR "2014" OR "2008" OR "2011" OR "2010" ) )	7 / MEDLINE	7	0	0	0	
<b>E5:</b> tw:( "lactancia inducida" ) AND (instance:"regional")	1 / LILACS	1	0	0	0	
<b>Total: 6 documentos</b>						
<b>Fuente: Elaboración propia</b>						

### 3. RESULTADOS

---

Después de haber realizado la búsqueda bibliográfica y tras el análisis de los 19 artículos obtenidos, se detalla a continuación el resumen de cada uno de ellos habiéndolos agrupado en dos apartados que corresponden a los dos temas que protagonizan esta revisión.

A su vez, los resultados se han agrupado por temáticas semejantes siguiendo un orden cronológico: relactación en prematuros, en niños con desnutrición y/o diarrea, por problemas o enfermedad de la madre, y varios. Para la lactancia inducida se concentran en situaciones de adopción o de madres homosexuales. Se incluyen dos tablas significativas de cada grupo al final de cada apartado concretando el título del artículo, autor, año, lugar, objetivos, tipo de estudio y metodología, muestra y resultado (**ver tablas 4 y 5**).

#### 3.1. RELACTACIÓN

##### 3.1.1. En prematuros

De Aquino y Osório (2009) en un estudio descriptivo retrospectivo sobre 432 bebés pretérmino (menores de 32 semanas), con características de muy baja edad gestacional o muy bajo peso, explica cómo fueron sometidos a 3 tipos diferentes de métodos para llevar a cabo la transición alimenticia de la sonda gástrica (orogástrica) a la lactancia materna exclusiva: relactación, translactación y sonda orogástrica-pecho (*breast-oro-gastric (OG) tube*).

Estos bebés estaban ingresados en la Unidad de Cuidados Madre Canguro del Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueria. Los criterios de categorización dependían de la cantidad de leche secretada por las madres: la diferencia entre relactación y translactación residía en que en el grupo de relactación, el tipo de leche utilizada era pasteurizada de otra mujer o de fórmula, mientras que en el de translactación era la de su propia madre. Las madres de los bebés que pertenecían al primer grupo no eran capaces de producir más de 2/3 del volumen requerido, por lo que no podían prescindir de leche adicional, y en el segundo sí que estaban capacitadas para expresar esta cantidad de leche. En los dos se utilizaba un tubo gástrico del nº 4 en el cual uno de los extremos era fijado a una jeringa de 20 ml y el otro al pezón de la madre. El tipo de

leche era introducido en la jeringa y a través de la succión del bebé descendía, de esta manera el recién nacido succionaba del pezón y de la jeringa. Los bebés pertenecientes al grupo de translactación obtenían la leche de las dos fuentes. En el tercer grupo las madres de estos bebés producían toda la cantidad de leche necesaria, por lo que los bebés amamantaban del pecho a demanda y después se le administraba el complemento prescrito de la propia leche de su madre.

Para que pudiera llevarse a cabo la transición de alimentos era primordial que estos recién nacidos prematuros hubieran desarrollado bien los reflejos de succión-deglución-respiración, para proceder así de manera segura. Este criterio era fundamental para conseguir la lactancia materna, como también el suministro de leche proporcionado por la madre. En estos dos aspectos recaía el que fueran elegidos para uno de los 3 tipos de métodos de transición.

Por lo tanto, los resultados de este estudio demuestran que el grupo de translactación fue el que menor media de peso diario ganado obtuvo (15%) (frente al de relactación que fue el más alto, 18%), pero fue el que mayor porcentaje mostró durante la lactancia materna exclusiva con un 55%, al contrario que el grupo de relactación que presentó un 45 %. Este último grupo fue el que mayor número de complicaciones mostró (90%), y por ello tardaron más en iniciar el proceso de transición (22 días). Al alta médica, un 90,3 % de los casos recibía lactancia materna exclusiva, el grupo de relactación fue el único en el que los bebés se marcharon recibiendo algún tipo de suplemento junto a la lactancia materna o con alimentación oral de fórmula. Esto puede ser debido a que fue el grupo que más complicaciones sufrió durante la transición y por ello se realizó más paulatinamente, recibiendo más fórmula y menos leche materna. El alto porcentaje al alta puede ser consecuencia de que, además de fomentar el apoyo psicológico, estas técnicas no cuentan con el uso de chupetes ni otros tipos de artilugios que puedan comprometer el patrón de succión.

Igualmente, Dehkhoda, Valizadeh, Jodeiry y Hosseini (2013) realizaron un ensayo clínico en 60 recién nacidos prematuros de bajo peso en el Hospital Alzahra, con el fin de determinar el impacto de un programa de relactación llevado a cabo durante 14 días a través de un buen asesoramiento educacional de la técnica, apoyo, método canguro y una mayor consumición de galactogogos. La edad media de estos recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer fue de 29 semanas, y tanto ellos como sus respectivas madres se encontraban en un buen estado.

A las madres se les pautó metoclopramida y shirafza, un compuesto a base de hierbas que incluye: hinojo, semillas de comino, alholva y eneldo; y sus respectivos hijos fueron alimentados mediante sonda nasogástrica u orogástrica. Los recién nacidos se repartieron en dos grupos de 30 para el estudio:

- De control, al que diariamente las enfermeras prepararon para la relactación explicando cómo realizar una buena extracción a través de un sacaleches eléctrico, y el método madre canguro, además de recordar la toma del medicamento prescrito.
- De intervención, que aparte de recibir estos entrenamientos, insistieron en la importancia de una buena alimentación y la frecuencia con la que debían realizar el bombeo de la mama y el método madre canguro: de 15 a 20 minutos cada 2-3 horas y dos veces diarias durante no menos de una hora, respectivamente.

Los resultados reflejaron que los bebés pertenecientes al grupo de intervención ganaron más peso que el grupo control, con una media de ganancia de peso de 356.55 g y 316.50 g respectivamente, habiendo estos recibido con mayor frecuencia leche materna y habiendo realizado más frecuentemente el método madre canguro. Como ya evaluó Seema et al. (1997) citado por Dehkhoda et al. (2013) en un estudio con madres lactantes con insuficiencia de leche materna, los resultados demostraron que la relactación se pudo realizar en la mayoría de los casos sin aumentar los galactogogos, dato que coincide con el presente estudio. No se pudieron determinar los efectos por separado en la ganancia de peso de los recién nacidos, ya que la aplicación del método madre canguro, el aumento de la frecuencia de la lactancia materna y los fármacos se emplearon conjuntamente.

Además, Santana, Moroni, Alpino y Porto (2014) realizaron un estudio observacional, exploratorio y de carácter prospectivo con el propósito de dar a conocer la técnica del habla y del lenguaje en un proceso de relactación. Se llevó a cabo en un recién nacido prematuro de bajo peso que tuvo que ser sometido a ventilación mecánica y surfactante exógeno debido a que al nacimiento presentaba bradicardia, cianosis y dificultad respiratoria.

La tía materna del bebé decidió adoptarlo después del fallecimiento de la madre biológica. Al bebé se le realizó una evaluación de la patología del habla-lenguaje que consistía en la valoración de la succión no nutritiva. Como la tía aún no había producido leche, se le pautó leche artificial, la cual se le dio mediante la técnica de relactación para

así complementarle en el inicio del amamantamiento. 20 días después de haber estado sometidos semanalmente a estas intervenciones del habla y del lenguaje, la tía materna comenzó a producir su propia leche y recibieron el alta médica.

Los resultados reflejaron que el método madre canguro adoptó un papel muy positivo. Gracias a la evaluación e intervención del habla y del lenguaje fue posible elegir el mejor momento para realizar la transición a la alimentación oral; debido a un uso correcto de la técnica de relactación, con la que se intentaba aumentar la producción de leche y el mantenimiento de la lactancia, y al buen desarrollo de los reflejos de succión-deglución- respiración. Este desarrollo fue impulsado mediante la estimulación oral, con el que dicho estudio demostró que mejoraba la transición alimentaria.

En este artículo se cita otro estudio que ha demostrado que la estimulación por succión no nutritiva beneficia a una mayor ganancia de peso cuando se efectúa antes de la alimentación, como también promueven los reflejos de búsqueda, succión y deglución, llevando directamente a la mejora de dicha alimentación oral y al fortalecimiento del vínculo materno-filial (Pimenta et al., 2008; citado en Santana et al., 2014). Todos estos factores favorecen a la pronta alta hospitalaria, como se demuestra en este estudio.

### **3.1.2. Casos de desnutrición y/o diarrea**

En la publicación de Lopes De Melo y Candido Murta (2009), se expone el estudio de un caso con el objetivo de explicar la posibilidad de tratar una situación de hipogalactia sin la necesidad de lactogogos, solamente con la extracción manual y mediante translactación. Se trata de una mujer de 20 años con un buen estado de salud, primípara, que fue derivada a la enfermera especializada en asistencia de lactancia materna porque su hija estaba aparentemente por debajo del peso normal. Tras observar junto al pediatra signos de malnutrición y deshidratación, se llegó a la conclusión de que el bebé presentaba bajo peso debido a la baja producción de leche de la madre y al poco tiempo que pasaba al pecho debido a su estado somnoliento. Se analizó la producción de leche y, mientras la bebé succionaba de un pecho, se llevó a cabo la extracción manual en el otro durante 30 minutos, a la vez que se le alimentaba mediante translactación con 5 ml de leche madura. Se realizaron intervenciones de educación para la salud para la madre relacionados con la producción y los cuidados de la lactancia materna. La técnica de translactación consistía en suministrarle al bebé la leche secretada por la madre, almacenada en un recipiente que era colocado por debajo del nivel del pecho, a través

de una sonda que lo unía al pezón de ella. De esta manera la infante estimulaba la succión e incrementaba la producción de leche. Este procedimiento fue llevado cada dos horas hasta las 10 de la noche y cada vez que la bebé se despertaba y fue supervisado por las enfermeras durante 2 semanas, con un aumento de peso diario de 15 g en la primera semana y de 25 en la segunda. Tres meses después, tras revisiones mensuales, la madre producía 50 ml cada 2 horas. El bebé pesó 6730 g a los 6 meses de edad, durante los cuales fue amamantada exclusivamente por leche materna, que continuó hasta los 27 junto a la alimentación complementaria. La madre continuó alimentando a su hija con el método de translactación hasta los 8 meses por miedo a que volviera a sufrir la hipogalactia, aunque se le informó de que no era necesario.

Además, en unas cartas científicas al editor, Agarwal y Jain (2010) relatan un caso de éxito temprano en la relactación de un bebé de 3 meses y medio de edad que acudió al hospital en un estado de deshidratación y shock compensado. La relactación se consiguió al 6º día, donde se consiguieron las primeras secreciones de leche, y 5 días después se detuvo el suplementador. Esto fue posible tras la enfermedad de la madre (no se especifica cual, solo que sufrió hemorragia preparto), sometiéndole a un protocolo de relactación basado en un ambiente favorable, con habitación individual y un suplementador de lactancia; masajes de espalda, y estimulación del pecho y del pezón.

Del mismo modo, Kayhan-Tetik, Baydar-Artantas, Bozcuk-Guzeldemirci, Ustu y Yilmaz (2013) informan sobre un caso de relactación exitosa a través de un suplementador de lactancia con una jeringa en lugar de una taza. El bebé de 8 semanas fue hospitalizado por gastroenteritis aguda y deshidratación de segundo grado. Este, que había nacido a las 36 de gestación por oligohidramnios uterina de la madre, no había sido amamantado debido a su hospitalización anterior por neumonía neonatal. La madre, que era primigesta, expresó su angustia por no haber podido amamantar a su hijo y tras proponerle la opción de la relactación, al cuarto día de tratamiento se comenzó el proceso.

Ningún galactogogo fue pautado, y el equipo de enfermería instruyó a la madre en esta técnica, enseñándole a masajearse el pecho y proporcionándole el apoyo y motivación necesaria para el buen desarrollo de la técnica. Se empleó el suplementador de lactancia para llevar a cabo dicha técnica; esta consistía en colocar un extremo de una sonda nasogástrica a una jeringa de 10 ml, y el otro se fijó mediante una cinta, al pecho de la madre. A la altura del pezón se le abrió un agujero a la sonda, para que así el bebé

pudiera atrapar el pezón y recibir el suministro de leche, de este modo al bebé se le colocaba sobre la madre y podía succionar mientras aspiraba el contenido de la jeringa y favorecía la producción de leche de la madre a través de dicha succión. Para ayudar a la aspiración del contenido de leche un instructor capacitado presionaba suavemente el émbolo de la jeringa. Los resultados llegaron al 3er día de ingreso con la producción de unas pocas gotas de leche. Tres días después se detuvo la relactación y el bebé se colocó al pecho de la madre con normalidad. El bebé fue dado de alta y continuó con una alimentación de lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses.

También, Singh, Rai y Dubey (2014) exponen el caso de 62 lactantes con malnutrición aguda severa que han sido sometidos a una técnica de succión suplementaria en un centro de rehabilitación nutricional, de los cuales 46 no superaban los 3 meses de edad y 16 sí lo hacían. La diarrea aguda, seguida de la falta de aumento de peso fueron las razones principales por las que acudieron al centro.

Esta técnica consistía en fijar un extremo de una sonda de alimentación al pecho de la madre, mientras el otro se colocaba dentro de un tazón con leche (materna o de fórmula). De esta manera el bebé se alimentaba, mientras a su vez, conseguía la estimulación del pezón, favoreciendo la producción de leche. La relactación solo se practicó en aquellas madres que habían fracasado en el intento de la lactancia materna, y se descartó a aquellas que no lo habían intentado en las últimas 4 semanas. Este procedimiento fue llevado a cabo en un periodo que varió de 7 a 14 días. El éxito de la técnica se declaraba cuando la madre aumentaba la cantidad de leche secretada y el bebé ganaba peso a causa de ello: un 55,7 % (34) de los bebés fueron capaces de lograrlo, mientras que en un 43,5% (27) fracasaron, incluyendo aquellos que no pudieron seguir con este proceso cuando dieron de alta a sus madres y aún no habían establecido la relactación. Un bebé murió durante la aplicación del tratamiento. La media de aumento diario de peso al alta en los recién nacidos del porcentaje de éxito fue de 10.9 (8.3) g/kg/d.

### **3.1.3. Problemas o enfermedad de la madre**

Cho, Cho, Lee y Lee (2010) realizaron una revisión retrospectiva de los registros médicos y encuestas telefónicas de las madres que asistieron al Hospital Dong Dae Luna desde enero de 2004 a abril de 2007 con la inquietud de no producir suficiente cantidad de leche y otros problemas relacionados. El objetivo de este trabajo fue

determinar los factores de éxito en el proceso de relactación mediante la evaluación de los medicamentos, suplementadores, consultas y el apoyo familiar. Para llevar a cabo dicho estudio, uno de los investigadores planificó intervenciones individualizadas con las madres para el uso del suplementador, la toma de los lactogogos y el asesoramiento de las familias; otros dos se encargaron del análisis retrospectivo de los registros médicos para comparar los datos demográficos de madres e hijos (sin observar diferencias significativas al comparar el grupo de éxito con el de fracaso), y el último llevó a cabo el seguimiento mediante encuestas a través de llamadas telefónicas.

De las 135 madres con las que se contaba para participar en el estudio, solo con 84 de ellas se pudo contactar por teléfono para llevar un seguimiento. Todos los bebés que fueron sometidos al estudio nacieron a término y todos eran menores de 3 meses cuando se iniciaron en el proceso. En los casos de confusión de pezón y de bajo suministro de leche materna se empleó un suplementador de lactancia Lact-aid, los galactogogos de elección fueron metoclopramida o domperidona y se pautaban cuando la madre no secretaba suficiente cantidad de leche. Cuando el bebé consiguió amamantar más de un 90% del tiempo se consideró que la transición a la lactancia materna exclusiva había sido exitosa.

Para analizar los resultados se hicieron dos grupos conforme a las mujeres que habían tenido éxito en la relactación (75%) y las que habían fracasado (25%). Estos demostraron que dos factores determinantes para el logro de la transición a la lactancia materna exclusiva a través de la relactación fueron el uso de galactogogos y el apoyo familiar. Estos medicamentos fueron administrados en un periodo de tiempo que osciló de 3 a 21 días (siempre para ambos grupos), y no se observaron desigualdades estadísticas entre cual fue más efectivo para conseguir la relactación. El apoyo familiar se centró en el sustento del marido y la abuela materna (ya que, en la época de estas, la lactancia materna no estaba bien vista por lo que en muchos casos eran contrarias a esta idea) y se evidenció en los resultados de ambos grupos con un 28 y 29%, respectivamente, en el grupo de éxito, frente a un 8 y 3%. El suplementador de lactancia Lact-aid, no resultó ser determinante para el éxito de la relactación, pero es de gran ayuda cuando se identifican problemas con el pezón o para estimular la producción de leche, ya que el bajo suministro de leche fue uno de los principales motivos que llevaron a las madres a suspender la lactancia materna. También fue un factor de éxito la información que se proporcionaba sobre la relactación en las consultas del personal médico. Todas las participantes expresaron su sentimiento de satisfacción tras la



experiencia de este proceso, habiendo o no conseguido la transición a la lactancia materna exclusiva. Cho et al. (2010) finaliza señalando que, el uso de los galactogogos debe ser siempre una medida posterior a un buen asesoramiento y evaluación de la lactancia materna.

Además, Muresan (2011) presenta el caso de un bebé que sufrió un destete prematuro a los 10 días postparto debido a enfermedad de la madre. Esta decidió volver a amamantarlo una vez fue dada de alta, mientras tanto lo hizo su hermana, quien estaba lactando en tándem a sus hijos de 6 meses y 2 años. El proceso de relactación comenzó 9 semanas después del parto y las técnicas llevadas a cabo fueron: la estimulación del pecho mediante masajes, contacto piel con piel, extracción mecánica y uso de un suplementador de lactancia (con leche de fórmula o de su tía); pauta de galactogogos que no tomó regularmente (domperidona y nutrinatal: compuesto por anís, eneldo y jalea real); y ayuda y asesoramiento por parte de “International Board Certified Lactation Consultant”.

Los problemas que surgieron durante dicho proceso y las soluciones e intervenciones que se adoptaron para cada uno de ellos fueron las siguientes:

- Para la insuficiente estimulación del pecho y como consecuencia, bajo suministro de leche, la madre se bombeó las mamas después de cada toma o 6-7 veces al día.
- Para el rechazo del pecho, que coincidió con la suplementación con biberón, se utilizaron tetinas
- Para la baja producción de leche la madre decidió parar de darle el biberón y comenzó a ponerlo al pecho a demanda y durante el día y la noche
- Para la falta de aumento de peso la cuestión fue si hubo realmente este problema puesto que paró de crecer, pero no perdió peso, y acorde a los percentiles estaba dentro de los parámetros normales.

El bebé amamantaba de forma completa un mes después del inicio de la relactación, continuó de manera exclusiva hasta los 7 meses de edad y de manera complementaria hasta los 2 años. Amamantamientos cortos y frecuentes demostraron ser la mejor manera de aumentar el suministro de leche.

Por otro lado, Nyati et al. (2014) examinaron la viabilidad del apoyo y asesoramiento hacia la lactancia materna o la relactación para aquellas madres que

estaban infectadas por VIH y sus lactantes, también infectados con diagnóstico reciente, mediante un estudio de viabilidad piloto llevado a cabo durante 6 meses. Madres de 30 lactantes infectados por VIH menores de 12 semanas de vida fueron seleccionadas para realizar el estudio, de los cuales solo a 19 parejas madre-hijo se les llevó el seguimiento durante las 24 semanas del estudio.

Los resultados mostraron que, en cuanto al establecimiento completo de la lactancia, todas las madres fueron capaces de producir leche al principio del estudio. De las madres que participaron un 52.6% estaba amamantado cuando se incluyeron en el estudio, un 36.8% nunca había lactado, un 5.3% había amamantado menos de 7 días y otro 5.3% paró de darle el pecho a su hijo antes de inscribirse. De todas ellas, 11 estaban amamantando completamente a sus hijos 6 meses después de la inscripción, aunque ninguna de manera exclusiva, consiguiendo la relactación 3 de las mujeres que pertenecían al grupo que nunca había amamantado con anterioridad; las 8 restantes fueron capaces de amamantar al inicio del estudio pero alegaron el bajo suministro de leche a los problemas de agarre del bebé.

Se demostró que prácticas como un amamantamiento correcto, poner al bebé al pecho de manera no nutritiva y el tiempo de succión fueron los factores que marcaron la diferencia entre el grupo que consiguió amamantar al final del estudio y el que no. Los 3 bebés a los que se les relactó mostraron una mejoría en el crecimiento, igual que en el resto, pero en ellos no era tan significativo porque también reflejaron mejores pesos al inicio del estudio debido posiblemente a que estaban recibiendo ya leche materna. En cuanto a la actitud hacia la lactancia, al comienzo era positiva y se volvió negativa durante el estudio en aquellas madres que no consiguieron establecer o mantener la lactancia.

#### **3.1.4. Varios**

Grasielly Jeronimo dos Santos (2011) efectuaron un estudio de revisión integrativa de investigaciones primarias encontradas en diferentes bases de datos de ciencias de la salud con el objetivo de saber cuántas mujeres consiguieron una lactancia exitosa después de haberse iniciado en el proceso de la relactación, sin considerar los medios que fueron utilizados para dicho logro en cuanto a galactogogos y suplementadores se refiere. Las bases de datos consultadas entre los meses de octubre y diciembre de 2010 fueron Medline, Lilacs, Ibecs y Revista de Enfermería Referência.

Se seleccionaron artículos en inglés y portugués que mostraran en su título la palabra “relactación” y, posteriormente, se aplicaron los criterios de inclusión tras la lectura del texto completo: nombre del autor, tipo de estudio, año de estudio, país de estudio, número de participantes, edad máxima del lactante, intervalo máximo entre el destete (o nacimiento) y el intento de relactación, y el número de prácticas exitosas. Fueron 10 las investigaciones utilizadas para la muestra y las fechas de publicación oscilaban entre 1981 y 2010. Brasil, Australia, Estados Unidos, Perú y la India fueron los países de origen de estas investigaciones.

En el artículo se comenta la limitación de que muchas publicaciones superaban los 10 años de antigüedad, pudiendo carecer de información actualizada; además de que, al tratarse de investigaciones individuales con diferentes números de participantes, en ocasiones reducido, los resultados son generalizados y deben justificarse mejor. Subraya el hecho de que esta temática parece no ser de interés en muchos países los cuales poseen sistemas de salud prácticamente preventivos, y sí para países como la India, muy implicado en compartir sus experiencias. En cuanto a los resultados, de 1295 mujeres que se sometieron al proceso de relactación, 1.135 consiguieron volver a producir leche (87,6% del total):

- La edad máxima del lactante en el momento de iniciar la práctica de la relactación varió de 3 a 48 meses, y el intervalo máximo entre el destete y la relactación fue entre 30 días y 5 años.
- Curiosamente las investigaciones que presentaron un mayor intervalo entre el destete y el comienzo del intento de relactación (4 meses, 6 meses, 45 días y 3 meses) fueron aquellos que tuvieron un 100% de éxito, aunque salvo en uno que analizaba a 20 infantes (Lakhbar, Shenoy e Bhaskaranand, 1999; citado en Grasielly Jeronimo dos Santos, 2011), los demás no superaban una muestra de estudio mayor de 6 (Phillips, 1993; Menon y Mathews, 2002; Agarwall y Jain, 2010; citados en Grasielly Jeronimo dos Santos, 2011).
- La edad del niño y el tiempo que la madre permanece sin contacto con su hijo parecen ser los factores determinantes para el éxito de esta medida, ya que las posibilidades de conseguirlo serán menores cuanto más tiempo pase el bebé sin succionar. En los estudios de Marquis et al., (1998) y Lakhbar, Shenoy e Bhaskaranand (1999) citados por Grasielly Jeronimo dos Santos (2011), se

consiguió un porcentaje del 59% de éxito en bebés con edades comprendidas entre 12 y 17 meses y un 100% con lactantes de 1 año, respectivamente.

- Los resultados de esta investigación remarcaban la importancia de los profesionales de salud pública, ya que son partícipes en el tratamiento del destete precoz, sobre todo las enfermeras (Bonilha y Rezende, 1983; citado por Grasielly Jeronimo dos Santos (2011), que no solo actúan a través de la promoción y prevención, sino también a niveles de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Asimismo, Abul-Fadl, Kharboush, Fikry y Adel (2012), realizaron un estudio de cohorte prospectivo y longitudinal con el fin de determinar los impedimentos que habían experimentado durante la relactación las 200 mujeres egipcias que habían dejado de dar lactancia materna, y poner en práctica diferentes medidas de apoyo a estas mujeres mediante estrategias de comunicación. Las mujeres de este estudio no tenían más de 40 años de edad ni los bebés más de 3 meses, todos a término; todos presentaron un buen estado de salud, sin ninguna contraindicación para amamantar o recibir leche de fórmula.

Las estrategias de comunicación empleadas se dividieron en 3 enfoques: “*de acompañamiento* (motivación hacia la práctica)”, “*de resolución de problemas* (mediante la práctica se previene o resuelve un problema)” y “*de riesgo o amonestación* (el peligro que puede suponer no llevar a cabo esta práctica)”. Con ellos se transmitían los seis mensajes principales que se utilizaron para apoyar el restablecimiento de la lactancia materna: “*los beneficios de la lactancia materna para el bebé, la lactancia materna exclusiva, el inicio temprano de la lactancia materna, la posición y agarre del pecho, el no empleo de biberones y chupetes, y la continuidad de la lactancia materna en la madre trabajadora*” (p. 249). El protocolo para llevar a cabo la relactación consistió en parar la alimentación con fórmula a través de biberones y quitar el chupete, tener a madre e hijo juntos el mayor tiempo posible, cuidados piel con piel, estimulación frecuente del pezón y una pauta de medicamentos a base de plantas para que la producción de leche fuera mayor. Estas madres fueron asesoradas por dos especialistas en el manejo de la lactancia; uno en el hospital y otro a través de llamadas telefónicas.

Los resultados demostraron lo siguiente:

- El enfoque de resolución de problemas y el de acompañamiento fueron los más efectivos para producir un cambio en el comportamiento y motivar a las mujeres para el éxito de la relactación, así como las tácticas de supervisión a través de las llamadas telefónicas junto a las visitas en la clínica aumentaron considerablemente el deseo de seguir intentando relactar.
- El apoyo del marido y de la familia y amigos adoptaron un papel fundamental. Sólo 20 mujeres fueron capaces de relactar (10%), de las cuales dos tercios de ellas expresaron como factor clave de éxito el apoyo de su marido (70%).
- También fue significativo el nivel educativo de las parejas, puesto que en el grupo que no lo logró casi la mitad de ambos eran analfabetos, todo lo contrario que en el grupo de éxito donde más de la mitad de los padres y tres cuartas partes de las madres disponían de educación secundaria.
- De este 10%, el 85% eran primíparas.
- Se observó que cuando se quitaban las chupetes, algunas madres conseguían relactar.

Por último, Lommen, Brown y Hollist (2015) realizaron un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico con el objetivo de analizar y describir las vivencias experimentadas por 10 mujeres de Montana que se sometieron al proceso de relactación. Los resultados muestran que el tema principal del estudio se centró en el hecho de tener un bebé difícil de amamantar, y como este inconveniente podía afectar en el inicio de la lactancia materna o, en consecuencia, para abandonarla y tener que volver a restablecerla. De este tema general se extrajeron otros dos subtemas que fueron: las sensaciones que tuvieron al haber relactado y los posibles determinantes de los resultados de la lactancia materna.

Debido a que la mayoría de las entrevistadas atravesaron momentos complicados durante el amamantamiento, predominaban los sentimientos negativos sobre los positivos hacia la lactancia materna exclusiva, que fueron: *“fracaso, presión, rechazo, aborrecimiento o enfado”*. El sentimiento de fracaso fue común en todas las entrevistadas ya fuese por *“abandonar la crianza, perder la leche, o sentir un fallo de su propio cuerpo”* (pp. 2-3). Se sintieron presionados socialmente sobre cómo llevar a cabo un buen amamantamiento, incluso llegando a sentirse juzgadas cuando sustituyeron la lactancia materna por la artificial, aun reconociendo que esta les había ayudado. También experimentaron, más de la mitad de las mujeres, una sensación de

tensión o ausencia en la unión con su bebé, además de mucho estrés en cualquiera de los procesos de amamantamiento y relactación.

Se extrajo la conclusión de que a pesar de haber percibido el proceso de relactación como *socialmente solitario y estresante*, ninguna de las partícipes se arrepintió de haberlo intentado. Las razones para iniciarse en esta experiencia fueron principalmente nutricionales, además de no perder el contacto cercano que aporta dar el pecho y reforzar un vínculo no muy estrecho con el hijo. Otras razones para continuar lactando a los bebés fueron no darse por vencidas rápidamente o las ventajas con respecto a la leche de fórmula. Se extrae el principal dato de que ninguna de las entrevistadas estaba preparada para ningún tipo de dificultad a la hora de dar el pecho. Además, las mujeres que lactaban por segunda vez se quedaron sorprendidas al darse cuenta que no les resultaba igual de fácil que la vez anterior. Otras pensaron que sería fácil al tratarse de un proceso natural.

Es posible que muchas de ellas tuvieran que relactar debido a las falsas expectativas que se crearon hacia la lactancia materna. 6 de las 10 participantes describieron dos de estas 3 razones como las principales causas de una lactancia complicada, y dos de ellas llegaron a vivir los tres; *problemas de enganche, por anquiloglosia; cólicos o llanto excesivo y/o anormal; falta de unión a la madre, esta expresaba no sentirse cerca de su bebé* (p. 3).

Lommen, Brown y Hollist (2015) finalizan subrayando la gran importancia que tiene recoger estas experiencias negativas o más complejas para extraer conclusiones a cerca de los factores que ayudaron a que, a pesar de todos estos inconvenientes se saliera adelante, y por lo tanto, poder así prevenir y educar de la mejor manera a las futuras madres para evitar que pasen por la misma situación.

**TABLA 4. RESULTADOS RELACTACIÓN**

DESNUTRICIÓN Y/O DIARREA					
ARTÍCULO	AUTOR, AÑO Y LUGAR	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA	MUESTRA	RESULTADOS
<b>Hypogalactia Treated with Hand Expression and Translactation without the Use of Galactagogues</b>	Lopes De Melo y Candido Murta (2009). Brasil	Describir un caso de hipogalactia tratada con extracción manual y translación sin necesidad de galactogogos.	Estudio de un caso	Mujer primípara de 20 años y su bebé	La bebé recibió lactancia materna exclusiva durante 6 meses y la continuó hasta los 27 meses de edad junto a alimentación complementaria.
<b>Early successful relactation in a case of prolonged lactation failure</b>	Agarwal y Jain (2010). La India	-	Relato de un caso	Bebé de 3 meses y medio y su madre	La secreción de leche apareció al 6º día y en el 11 empezó a amamantar si la ayuda del suplementador.
<b>A case report of successful relactation</b>	Kayhan-Tetik, Baydar-Artantas, Bozcuk-Guzeldemirci, Ustu y Yilmaz (2013). Turquía	Describir el proceso de un caso de éxito de relactación en un periodo corto de tiempo	Informe de un caso	Diada madre-bebé. Mujer primigesta y bebé de 8 semanas (nacido a las 36 semanas).	A los 3 días del proceso se secretaron las primeras gotas de leche y a los 6 días fue amamantado sin ayuda del suplementador.
<b>Supplementary Suckling Technique for Relactation in Infants With Severe Acute Malnutrition</b>	Singh, Rai y Dubey (2014). La India	-	Informe de un caso	62 lactantes con malnutrición aguda severa.	El uso de la técnica fue satisfactoria en el 55.7% de los lactantes.

**Fuente:** Elaboración propia

**TABLA 4. RESULTADOS RELACTACIÓN (CONTINUACIÓN)**

PREMATUROS					
ARTÍCULO	AUTOR, AÑO Y LUGAR	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA	MUESTRA	RESULTADOS
<b>Relactation, translactation, and breast-oro-gastric tube as transition methods in feeding preterm babies</b>	De Aquino y Osório (2009). Brasil	Describir 3 métodos (relactación, translactación y tubo orogástrico) para conseguir la alimentación alimentaria en bebés prematuros, teniendo en cuenta el peso ganado y los problemas de alimentación durante esta transición y el tipo de lactancia materna al alta.	Estudio descriptivo a partir de datos retrospectivos extraídos de los registros médicos de la Unidad Madre Canguro del IMIP de Agosto de 2002 a Abril del 2005.	432 bebés pretérmino	Al alta, fueron un 85%, 100% y 100% los bebés que fueron exclusivamente amamantados de los respectivos grupos de relactación, translactación y tubo orogástrico. Estos 3 métodos mostraron ser eficaces para la transición de alimentos en bebés prematuros.
<b>The Effect of an Educational and Supportive Relactation Program on Weight Gain of Preterm Infants</b>	Dehkhoda, Valizadeh, Jodeiry y Hosseini (2013). Tabriz, Irán	Identificar los efectos en la ganancia de peso de recién nacidos prematuros mediante un programa de relactación educativa y de apoyo de 14 días.	Estudio de un ensayo clínico desde el 21 de abril al 5 de noviembre de 2011.	60 parejas madres-recién nacidos prematuros con una media de edad gestacional de 29 semanas.	Peso promedio en el grupo control fue 1666.67 y 1765.86 en el grupo de intervención al 14º día.
<b>Atuação fonoaudiológica hospitalar junto a um processo de relactação e adoção: relato de caso</b>	Santana, Moroni, Alpino y Porto, (2014). Alagoas, Brasil	Mostrar la terapia de habla y de lenguaje en el proceso de relactación vinculado a un caso de adopción.	Estudio observacional, exploratorio, de carácter prospectivo.	Recién nacido prematuro.	El bebé fue dado de alta consiguiendo amamantar de la madre adoptiva y siendo suplementado con leche de fórmula a través de la técnica de relactación.

**Fuente:** Elaboración propia



**TABLA 4. RESULTADOS RELACTACIÓN (CONTINUACIÓN)**

PROBLEMAS O ENFERMEDAD DE LA MADRE					
ARTÍCULO	AUTOR, AÑO Y LUGAR	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA	MUESTRA	RESULTADOS
<b>Factors related to success in relactation.</b>	Cho, Cho, Lee y Lee (2010). Korea	Estudiar los factores determinantes en el éxito de la relactación mediante la evaluación de los medicamentos, suplementadores, consultas y el apoyo familiar.	Revisión retrospectiva de los registros médicos y encuestas telefónicas de las madres que asistieron a la clínica de relactación entre enero de 2004 a abril de 2007.	84 madres con sus 84 recién nacidos a término.	El 75% de las madres consiguió establecer una lactancia materna exclusiva. El éxito de la relactación se asoció al empleo de galactogogos, al apoyo familiar y a la información proporcionada por el personal médico.
<b>Successful relactation- A case history</b>	Muresan (2011). Rumanía	-	Relato de un caso.	Bebé varón a término y su madre de 27 años.	Un mes después del inicio de la relactación el bebé era amamantado completamente, continuó hasta los 7 meses de manera exclusiva y hasta los 2 de manera complementaria.
<b>Support for Relactation Among Mothers of HIV-Infected Children: A Pilot Study in Soweto</b>	Nyati, Kim, Goga, Violari, Kuhn y Gray (2014). Soweto, Sudáfrica.	Examinar la viabilidad del apoyo y asesoramiento hacia la lactancia materna o relactación para las madres infectadas por VIH y sus lactantes, también infectados con diagnóstico reciente.	Estudio de viabilidad piloto llevado a cabo durante 6 meses.	Madres de 30 lactantes infectados por VIH menores de 12 semanas de vida.	Seguimiento a 19 de las 30 mujeres inscritas. Todas las mujeres produjeron leche y amamantaron alguna vez durante las primeras semanas del estudio. 8 de ellas tuvieron dificultades y la pararon. 3 de 7 que nunca habían amamantado, lactaron plenamente 24 semanas después. Actitud positiva hacia la lactancia que pasó a ser negativa para aquellas que no consiguieron lactar o mantener la lactancia.

**Fuente:** Elaboración propia

**TABLA 4. RESULTADOS RELACTACIÓN (CONTINUACIÓN)**

VARIOS					
ARTÍCULO	AUTOR, AÑO Y LUGAR	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA	MUESTRA	RESULTADOS
<b>Relactação: Identificação de práticas bem sucedidas</b>	Grasielly Jeronimo dos Santos (2011). Brasil	Conocer cuánta mujeres sometidas a la técnica de relactación consiguen establecer la lactancia materna parcial o exclusivamente.	Estudio de revisión integrativa de investigaciones primarias en las bases de datos Medline, Lilacs, Ibecs y Revista de Enfermería Referência entre los meses de octubre y diciembre de 2010.	10 investigaciones publicadas entre 1981 y 2010.	De 1295 mujeres, 1135 volvieron a reestablecer el suministro de leche (87,6% del total).
<b>Testing communication models for relactation in an egyptian setting</b>	Abul-Fadl, Kharboush, Fikry y Adel (2012). Alejandría, Egipto	Determinar los obstáculos durante la relactación entre las mujeres egipcias que habían dejado de dar lactancia materna y poner en práctica diferentes medidas de apoyo a estas mujeres mediante estrategias de comunicación.	Estudio de cohorte prospectivo y longitudinal entre los meses de febrero y julio de 2009	200 madres con sus hijos menores de 3 meses que no estaban siendo amamantados.	Sólo el 10% tuvo éxito en la relactación. Los enfoques de resolución de problemas y de acompañamiento fueron las estrategias de comunicación más efectiva. Los determinantes de éxito incluyeron el nivel educativo de la madre, apoyo del marido y alimentación con taza sin tetinas o chupetes.
<b>Experiential Perceptions of Relactation: A Phenomenological Study</b>	Lommen, Brown y Hollist (2015). Montana, EEUU	Analizar las experiencias que vivieron unas mujeres que decidieron relactar.	Estudio de investigación cualitativa con un enfoque fenomenológico a través de entrevistas estructuradas.	10 mujeres residentes en Montana.	Todas las participantes expusieron que sus bebés eran difíciles para amamantarlos. Ejemplos de ello incluía cólicos del lactante, problemas de agarre y falta de unión con la madre.

**Fuente:** Elaboración propia

## **3.2. LACTANCIA INDUCIDA**

### **3.2.1. Madres adoptivas**

Szucs, Axline, y Rosenman (2010) relata el caso de dos gemelos prematuros que consiguen ser amamantados por su madre adoptiva mediante un proceso de lactancia inducida. La madre, que no había amamantado anteriormente ni dado a luz, se sometió 20 semanas antes del nacimiento de sus hijos a medidas farmacológicas mediante la toma de anticonceptivos orales combinados, domperidona, fenogreco y cardo bendito; al mismo tiempo que empleaba medidas no farmacológicas a través de la continua estimulación del pecho utilizando un bombeador doble eléctrico del hospital.

La futura mamá estableció un buen suministro de leche de más de 700ml por día y alimentó exclusivamente a sus hijos hasta los 2 meses de edad. Expresó sus sentimientos confesando sentirse “como si realmente tuviera una maternidad plena”, “la leche materna es la única cosa que puedo ofrecer de mi misma a mis bebés adoptados de mi cuerpo, es lo que puedo darles a mis bebés de mi biología. No puedo decir cuán importante es esto para mí”. Sin embargo, se comenta la diferencia de apoyo que obtuvo para proporcionarle la leche a sus bebés, recibiendo un gran apoyo por parte del neonatólogo y un trato diferente por parte de algunas de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, que no aprobaban el contacto piel con piel con sus gemelos.

En la discusión se pone de manifiesto que la lactancia materna de dos gemelos proporciona una serie de dificultades añadidas de por sí, al proceso de adopción. Por ello, y porque hay un mayor acceso a la información a través de internet sobre la lactancia inducida, estas madres deben ser motivadas a través de una buena consejería de información sobre sus opciones. Se explica que el primer autor de este artículo (Szucs, K.A) fue el que mayor seguimiento realizó del crecimiento de estos bebés prematuros, y el cual proporcionó con una gran cantidad de material educativo, como libros de texto e incluso DVDs, sobre la lactancia materna y el método madre canguro. Se remarca que el hecho de que algunos bebés adoptados requieran suplementación no debe considerarse un fracaso.

Además, Saari y Yusof (2014) realizaron un estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas con el objetivo de analizar que métodos fueron empleados por 12 madres musulmanas de Malasia que habían amamantado a sus hijos adoptivos satisfactoriamente a través del proceso de la lactancia inducida. Para llevar a cabo el

estudio se dividieron a las madres en dos grupos: el grupo 1 fue para las madres que ya habían tenido algún embarazo y habían lactado con anterioridad, y el grupo 2 para aquellas mujeres que nunca habían estado embarazadas y tampoco habían amamantado. Los resultados reflejaron que dos fueron los métodos empleados para inducir la lactancia: la estimulación hormonal y la estimulación del pecho.

- El primer método estaba dividido en dos tipos: anticonceptivos y galactogogos; los anticonceptivos fueron tomados a través de píldoras o mediante inyección, y los galactogogos prescritos fueron la domperidona y maxolon (metoclopramida).
- La estimulación del pecho se efectuó de varias maneras: mediante la succión del bebé, con extracción mecánica, por masajes, a través del contacto piel con piel y por extracción manual.
- A su vez, los dispositivos empleados para la estimulación del pecho se dividieron en dos; el dispositivo de alimentación suplementaria y los sacaleches, que igualmente se dividen en varios tipos, pudiendo ser: eléctricos, manuales o por batería con pilas. La mayoría de las encuestadas prefirieron el sacaleches eléctrico por ahorrar tiempo y energía. Los dispositivos de alimentación suplementaria (SFD) (*supplemental feeding device*) solo fueron utilizados hasta que se estableció el suministro de leche en las madres, una vez logrado no quisieron seguir dependiendo de ellos puesto que querían lactarlos directamente del pecho.

Igualmente, Saari y Yusof (2015) elaboraron un diseño de investigación cualitativa mediante el estudio de casos (del estudio anteriormente citado), en una comunidad musulmana en Malasia, a través de entrevistas semiestructuradas, entre diciembre de 2012 a junio de 2013. El objetivo de dicha investigación fue analizar los factores que motivaron a estas 12 mujeres a lactar a sus hijos adoptivos.

Los resultados se dividieron en 7 grupos que corresponden con cada uno a los factores de motivación encontrados, que a su vez se dividieron en subtemas que justificaban estos determinantes para querer lactar:

- **Crear una relación de *mahram* con el hijo:** con 3 subtemas en términos de leyes islámicas en cuanto a este vínculo.
- **Instinto maternal**, que se fragmentaba en: la naturaleza de una mujer, el deseo de ser madre, ser una verdadera madre y disfrutar de la lactancia del bebé.
- **Psicológico**, en el que apareció el amor y el cariño, y el contacto.

- **Nutrición**, que se dividió en 5 subgrupos: la leche de la madre es la mejor, la leche de la madre proviene de su sangre, los anticuerpos naturales, sentimiento de pena por no poder probar la propia leche de su madre, la leche de fórmula es diferente.
- **Tecnología**: mediante de la publicidad a través de diversas fuentes de información, y diferentes herramientas para acelerar el proceso de la lactancia inducida como los sacaleches o los sistemas de suplementación alimentaria.
- **Descendencia**, que se dividió por las diferentes causas por las que no habían podido tener hijos anteriormente, siendo: la extirpación de ovarios, ovarios dañados, quiste de ovarios, tiroides y ningún problema diagnosticado por el médico.
- **Obligación**, que venía fundada por la ley islámica de tener que amamantar al hijo adoptado antes de los 2 años de edad (ley Shari'a), y el beneficio e interés público en términos de ventajas nutricionales y en cuanto a la relación con su familia de adopción.

Hay que señalar que al hablar de mujeres musulmanas estas se rigen por las leyes del islam, y esta religión no acepta el concepto de adopción como tal, lo acepta sin establecer una conexión entre el parentesco del niño y el padre adoptivo (*al-kafalah*), no permitiendo tampoco el vínculo de sangre con su familia, aunque para permitir la lactancia se hace una excepción, no consintiendo después que el hijo se case con ningún miembro de la familia de su madre adoptiva. Es importante aclarar este concepto porque en este estudio se demostró que el principal factor que motivaba a amamantar al hijo adoptado era la religión, principalmente la creación de la relación de *mahram* entre el hijo y su familia. Por lo tanto, este estudio prueba que para conseguir los objetivos religiosos (relación de *mahram*, descendencia y obligación) y humanos (instinto maternal, psicología y nutrición) para proporcionar lactancia materna al hijo adoptado se utiliza también protocolos médicos y técnicas para ayudar a su logro (tecnología), fusionando estos 3 grupos en el “shari'a- ciencia- humanitaria”.

### 3.2.2. Madres homosexuales

Wahlert y Fiester (2013) analizan un caso ético sobre la lactancia inducida en la madre no biológica de una pareja casada de mujeres. Se expone el caso sobre una pareja

que está esperando la llegada de su segundo hijo. La mujer que está embarazada (por inseminación artificial) es la segunda vez que va a dar a luz y en esta ocasión su pareja también quiere amamantar a su futuro hijo. La obstetra que las atendió en el primer embarazo, a pesar de estar a favor de que se formen familias con padres del mismo sexo, no aceptó la petición de ayudar a inducir la lactancia a la madre no implicada biológicamente. La médica alegó no ser necesario puesto que ya tenía una madre que podría proporcionar la lactancia materna, y no veía necesario correr los riesgos mínimos que podría llevar a cabo este proceso; riesgos que se atribuyen a las medidas farmacológicas mediante la administración de galactogogos o terapias hormonales y que se han demostrado que son mínimos.

Para la terapia hormonal se recomienda como precaución pararla 24-48 horas antes del inicio del amamantamiento. La metoclopramida y la clorpromazina podrían producir efectos secundarios en la madre, aunque en el bebé se ha encontrado poca evidencia de que pudiera sufrir algún riesgo. La metoclopramida podría provocar, de mayor a menor probabilidad, efectos secundarios como sedación, depresión y efectos extrapiramidales; y la clorpromazina aumento de peso, sedación, bradicinesia y temblor.

Se hace alusión a un estudio de Nemba (1994) citado por Wahler y Fiester (2013) en el que se emplearon estos medicamentos para madres que no habían lactado previamente sin que ninguna de ellas manifestara ningún efecto secundario. Wahlert y Fiester ponen de manifiesto que, basándose en las recomendaciones que se recogen en la política de declaraciones de la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), merecería la pena asumir los riesgos a los que se exponen, puesto que son extraordinariamente mínimos, y si los hubiere, para los amplios beneficios que aporta a la relación entre la madre no biológica y el hijo. Según la AAFP (2013) citado por Wahlert y Fiester (2013) *“los médicos deberían ofrecer a la madre adoptiva la oportunidad de amamantar a su hijo”* y como declara la AAP (2005) citada por Wahlert y Fiester (2013) *“proporcionar consejo a la madre adoptiva que decide amamantar a través de la lactancia inducida es un proceso que requiere apoyo y motivación profesional”* además de que *“en muchos casos, la oportunidad de forjar los lazos emocionales durante la crianza es el principal beneficio del amamantamiento para las madres adoptivas y los bebés”* (pp. 754-755). Además, se hace mención al artículo *“Cómo dos madres lesbianas comparten funciones de lactancia”* (Koning, 2011; citado por Wahlert y Fiester, 2013) en el que se testifica como gracias a que un hijo

pueda alimentarse de sus dos madres se obtiene incalculables beneficios emocionales, prácticos y psicológicos.

Cabe señalar, que en todos estos contextos se habla en términos de adopción puesto que en Estados Unidos el principal escenario en el que se decide poner en práctica la lactancia inducida es cuando una madre adoptiva quiere amamantar a su hijo adoptado.

Además, en el artículo publicado por Wilson, Perrin, Fogleman y Chetwynd (2015) se relata el caso de una pareja de madres homosexuales que, conjunto a la madre biológica, quieren amamantar al hijo adoptado que va a nacer. Las dos eran nulíparas y nunca habían amamantado así que se sometieron a una terapia farmacológica de anticonceptivos orales combinados, domperidona y fenogreco, en combinación con la estimulación del pecho (método no farmacológico). Las dos consiguieron secretar su propia leche con una producción de leche diaria de 64 ml en la madre A y de 26 ml en la madre B.

Una vez nacido el bebé, las madres adoptivas se desplazaron a casa de la madre biológica para así poder amamantarlo las tres. Las dos protagonistas acusaron el cambio de rutina para no poder seguir con la misma pauta de bombeo de pecho que venían realizando, aun así, las dos percibieron que el hecho de amamantar al bebé fortalecía el vínculo con él y favorecía la confianza hacia ellas por parte de la madre biológica para dárselo en adopción.

Las madres continuaron con la lactancia materna en casa a través del suplementador de lactancia, la leche que se administraba en el recipiente era una combinación del suministro de leche que ellas producían, leche de la madre biológica que les fue enviando durante algunos meses, leche de amigas donantes y leche de fórmula de vaca. Aunque la madre A estaba más preocupada en aumentar su producción de leche, para la madre B era más importante los beneficios no nutricionales que les proporcionaba el hecho de poder amamantar a su hijo. Ambas coincidieron en que la experiencia de lactar a su hijo mereció la pena aun no habiendo sido la cantidad de leche producida la esperada. Esto pudo deberse a que una vez que pusieron al pecho a su bebé no volvieron a bombearse las mamas y a que, además, combinaron la lactancia materna con la madre biológica durante el primer mes después del nacimiento.

Al mes de vida el bebé pesaba 4.77 kg. Las dos madres continuaron con la lactancia materna hasta los 4 meses, y solamente por las noches hasta los 7 debido a que se incorporaron al trabajo.

### 3.2.3. Otros

Por último, en el estudio de Shiva, Frotan, Arabipoor y Mirzaaga (2010) una mujer de 36 años con un historial de infertilidad secundaria a causa del síndrome de ovarios poliquísticos que padecía, solicita una madre de alquiler para poder tener a su hijo. La madre consiguió amamantar satisfactoriamente a su bebé hasta los 3 meses gracias a la combinación de un tratamiento de metoclopramida (método farmacológico) y la estimulación de los pezones mediante un sacaleches eléctrico (método no farmacológico). No se manifestaron efectos secundarios por la ingesta de este galactogogo.

El embarazo de este caso, que fue llevado a cabo mediante una madre sustituta (que fue su hermana), resulta ser un factor de gran importancia en el incremento del logro de la inducción de la lactancia ya que, cuando comparamos a “the commissioning mothers” (*traducido al español sería algo así como puesta en marcha de las madres*) con las madres adoptivas, estas disponen de un mayor tiempo de preparación y el tratamiento farmacológico pueden empezarlo antes del parto ya que a veces el periodo de adopción no es concretado específicamente. Además, para una gran mayoría de las madres que se inician en este proceso, el principal objetivo de la lactancia inducida es reforzar los lazos afectivos con sus hijos, atribuyéndole más importancia que a los beneficios nutricionales que la lactancia materna aporta (Shiva et al. 2010). Por ello, en este caso se subraya la necesidad de que las enfermeras las instruyan con un buen asesoramiento y una información adecuada para que estas mujeres consigan sus propósitos.



**TABLA 5. RESULTADOS LACTANCIA INDUCIDA**

MADRES ADOPTIVAS					
ARTÍCULO	AUTOR, AÑO Y LUGAR	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA	MUESTRA	RESULTADOS
<b>Induced Lactation and Exclusive Breast Milk Feeding of Adopted Premature Twins</b>	Szucs, Axline, y Rosenman (2010). Indianápolis, EEUU.	-	Estudio de un caso	Mujer de 33 años	La madre adoptiva amamantó exclusivamente a sus dos gemelos hasta los 2 meses de edad. Una buena motivación y asesoramiento es fundamental para el logro de la lactancia inducida.
<b>Induced Lactation by Adoptive Mothers: A Case Study</b>	Saari y Yusof (2014). Malasia	Examinar la experiencia de las madres adoptivas que han amamantado a sus hijos adoptados a través de lactancia inducida, centrándose en qué métodos fueron utilizados para ello.	Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas, cara a cara, durante un periodo de 6 meses entre diciembre de 2012 y junio de 2013	12 mujeres musulmanas malasias que han lactado satisfactoriamente a sus hijos adoptados antes de los 2 años de edad.	Dos métodos se llevaron a cabo para inducir la lactancia: estimulación hormonal y estimulación del pecho. Una lactancia inducida exitosa puede producirse con un buen método, técnica y equipo que la sustente.
<b>Motivating Factors to Breastfeed an Adopted Child in a Muslim Community in Malaysia</b>	Saari y Yusof (2015). Malasia	Analizar los factores de motivación para la lactancia de hijos adoptivos en una comunidad musulmana en Malasia.	Diseño de investigación cualitativa mediante estudio de casos. Método de recolección de datos a través de entrevistas semiestructuradas, cara a cara entre diciembre de 2012 a junio de 2013.	12 madres adoptivas que han amamantado a sus hijos adoptivos a través del proceso de lactancia inducida.	7 fueron los factores encontrados: crear una relación de <i>mahram</i> con el hijo, instinto maternal, psicológico, nutricional, tecnológico, la descendencia y obligacional.

**Fuente:** Elaboración propia

**TABLA 5. RESULTADOS LACTANCIA INDUCIDA (CONTINUACIÓN)**

MADRES HOMOSEXUALES					
ARTÍCULO	AUTOR, AÑO Y LUGAR	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA	MUESTRA	RESULTADOS
<b>Induced Lactation for the Nongestating Mother in a Lesbian Couple</b>	Wahlert, y Fiester (2013). EEUU	Demostrar si la negativa por parte de la obstetra de la familia a inducir la lactancia está evidenciada.	Artículo de opinión sobre un caso ético	Matrimonio de madres homosexuales	Altos beneficios de la lactancia inducida con respecto a los mínimos o inexistentes riesgos que podrían surgir. Desconocimiento médico por parte de la obstetra sobre la lactancia inducida.
<b>The Intricacies of Induced Lactation for Same-Sex Mothers of an Adopted Child</b>	Wilson, Perrin, Fogleman y Chetwynd (2015). EEUU	Seguimiento del proceso de lactancia inducida y lactancia materna compartida de dos madres del mismo sexo a su hijo adoptivo.	Estudio de un caso	Pareja de mujeres del mismo sexo	La alternancia de puesta al pecho entre madre biológica y no biológicas pudo afectar a la cantidad de leche secretada por estas dos últimas. Beneficios no nutricionales de la lactancia son igual de importantes que los nutricionales.

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 5. RESULTADOS LACTANCIA INDUCIDA (CONTINUACIÓN)**

OTROS					
ARTÍCULO	AUTOR, AÑO Y LUGAR	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA	MUESTRA	RESULTADOS
<b>A successful Induction of Lactation in Surrogate Pregnancy with Metoclopramide and Review of Lactation Induction</b>	Shiva, Frotan, Arabipoor, y Mirzaaga (2010). Tehran, Iran	Buscar evidencia para apoyar en la actualidad las recomendaciones populares de la lactancia inducida.	Estudio de un caso	Mujer de 36 años.	La madre consiguió amamantar satisfactoriamente a su bebé hasta los tres meses, aunque a veces necesitara suplementación con fórmula. Terapia de metoclopramida fue segura.

Fuente: Elaboración propia

## 4. DISCUSIÓN

---

Tras el análisis de los resultados, podemos extraer un aspecto en común en estos procesos: la mayoría de las mujeres se sienten reforzadas emocionalmente hacia el vínculo con su hijo. Hay que destacar, que los términos de relactación y lactancia inducida son empleados de manera distinta según que autores. Esta autoría ha seguido la misma terminología que emplea la OMS en su revisión sobre la relactación (1998), en la cual especifica que el término relactación es empleado para aquellas mujeres que han tenido previamente un hijo y que vuelven a amamantar, siendo o no hijo biológico, y lactancia inducida para aquellas que, sin gestación previa, quieren lactar, en la mayoría de los casos hijos adoptados. Solo en el artículo “Atuação fonoaudiológica hospitalar junto a um processo de relactação e adoção: relato de caso” (Santa et al. 2014) no se ha respetado esta idea y se ha incluido en el apartado de relactación debido a que en el título se menciona el propio término, pero bajo el punto de vista de esta autora, y apoyándose en la OMS (1998), sería un claro ejemplo de lactancia inducida puesto que la madre adoptiva no había tenido nunca hijos (aunque no se menciona si contaba con alguna gestación fallida).

Con respecto al éxito en la **relactación**, en muchos de los estudios recae en la gran dedicación y motivación por parte de la madre y de los profesionales (Lopes De Melo y Candido Murta, 2009; Grasielly Jeronimo dos Santos, 2011; Dehkhoda et al., 2013; Kayhan-Tetik et al., 2013; Singh et al, 2014). Lopes De Melo apunta que para el tratamiento de hipogalactia el uso de lactogogos y la introducción de leche de fórmula hace que se deje de autoestimular el pecho y no se consiga la suficiente leche (Lopes De Melo y Candido Murta, 2009). Otros autores refuerzan esta teoría apuntando que la relactación puede conseguirse sin la introducción de estos medicamentos (Muresan, 2011; Dehkhoda et al., 2013). Sin embargo, en el estudio de Cho et al. (2010) se demuestra que es de gran ayuda el empleo de lactogogos para lograr el restablecimiento de la lactancia, aunque coincide con Kayhan-Tetik et al. (2013) en que esta medida debe llevarse a cabo cuando no se consigue después de haber llevado a cabo un buen asesoramiento. Además, factores como la succión habitual del bebé, mayor frecuencia de amamantamiento (Agarwal y Jain, 2010; Muresan, 2011; Dehkoda et al., 2013; Nyati et al., 2014; Santana et al., 2014), la retirada de los biberones y/o tetinas que pueden favorecer a la confusión del pezón (De Aquino y Osório, 2009; Muresan, 2011; Abul-

Fadl et al., 2012; Santa et al., 2014), contacto piel con piel (Dehkoda et al., 2013; Santa et al., 2014), y el apoyo familiar (De Aquino y Osório, 2009; Cho et al., 2010; Abul-Fadl et al., 2012), son determinantes para que la relactación se consiga de manera satisfactoria. Por último, la edad del bebé también ha sido un factor en común en la mayoría de los casos en los que este proceso se llevó a cabo de manera satisfactoria, siendo menor de 3 meses en todos ellos (Lopes de Melo y Candido Murta, 2009; De Aquino y Osório, 2009; Agarwal y Jain, 2010; Cho et al., 2010; Grasielly Jeronimo dos Santos, 2011; Abul-Fadl et al., 2012; Muresan, 2011; Nyati et al., 2014; Santana et al., 2014).

Sin embargo, en los casos en los que la relactación no fue posible, factores como rechazo por parte del bebé y ningún cambio en el pecho; sentimientos de cansancio y estrés; y desmotivación durante el proceso, además de encontrarlo complicado y solitario fueron las razones que explicaron estas mujeres, aunque a pesar de ello algunas expresaron sentirse agradecidas por haber vivido esta experiencia (Abul-Fadl et al., 2012; Lommen et al., 2015; Nyati et al. 2015).

En cuanto a la **lactancia inducida** se refiere, los métodos para llevarla a cabo son mediante métodos farmacológicos y métodos no farmacológicos. Aunque este es un punto en común con el proceso de relactación, cuando se decide relactar no siempre se necesita la ingesta de galactogogos/lactogogos o terapia hormonal, sin embargo, cuando hablamos de lactancia inducida toda la evidencia que hemos encontrado indica que este factor es necesario (Shiva et al., 2010; Szucs et al., 2010; Wahlert y Fiester, 2013; Saari y Yusof, 2014; Wilson et al., 2015). Los galactogogos prescritos han sido en su totalidad, los antagonistas de los receptores de dopamina: la domperidona y/o la metoclopramida; la terapia hormonal se centra en la toma de anticonceptivos orales combinados de estrógenos y progesterona (Szucs et al., 2010; Saari y Yusof, 2014; Wilson et al., 2015), solo en el estudio de Saari y Yusof (2014) se nombra la toma de estas hormonas también mediante inyección ; y algunos estudios referencian la ingesta de hierbas, como el fenogreco o el cardo bendito, para aumentar la producción de leche (Szucs et al., 2010; Wilson et al., 2015). Sólo uno de los artículos analizados menciona la clorpromazina, tranquilizante del sistema nervioso central con el bloqueo de los receptores de dopamina, como opción para el protocolo farmacológico en estos casos (Wahlert y Fiester, 2013). En ninguno de estos casos se mencionó la aparición de efectos secundarios o reacciones adversas en la madre o en el bebé.

A pesar del empleo de estas medidas farmacológicas, el factor determinante y más importante de cualquier protocolo para inducir la lactancia es la estimulación del pezón. En ella recae la base de estas medidas no farmacológicas que hemos ido mencionando a lo largo de este trabajo: estimulación del pecho y el contacto piel con piel. Como menciona Witting (2008), los métodos farmacológicos podrían llevarse a cabo de manera individual, pero hacerlo conjuntamente con las diferentes técnicas de estimulación del pezón resulta mucho más efectivo. Hemos podido comprobar, que estas técnicas, que consisten en el masaje del pezón a través de su fricción o por masaje para la extracción de la leche, puede llevarse a cabo mediante estimulación mecánica, que se realiza a través de sacaleches eléctricos (individuales o dobles) o manuales; mediante la extracción manual; y a través de la propia succión del bebé (Shiva et al., 2010; Szucs et al., 2010; Saari y Yusof, 2014; Wilson et al., 2015). Solo Wahlert y Fiester declararon la posibilidad de no tener éxito con estos métodos en su caso (2013). Además, en estos casos, el principal objetivo o una de las razones principales por el que la mayoría de las mujeres quieren amamantar a sus hijos es forjar un vínculo afectivo fuerte, más allá de los beneficios nutricionales que aporta la lactancia materna (Bryant, 2006; Witting, 2008; Wahlert y Fiester, 2013; Wilson et al., 2015). En el caso de Szucs et al. (2010) la madre desea amamantar porque es la única manera de unirse a sus bebés biológicamente, al igual que en el estudio de Saari y Yusof (2015), aunque estuviese respaldado por las creencias religiosas.

Por último, en ambos procesos se requiere de la ayuda que el uso de suplementadores de lactancia aporta. Hay que señalar que la altura a la que se pone el recipiente que contiene la leche es fundamental para estimular la succión del bebé, ya que cuanto más por debajo del pecho esté, mayor fuerza será requerida por parte del bebé para conseguir el suministro de leche (Cho et al., 2010). También es importante remarcar que una vez que se ha conseguido la producción de leche no hay que prescindir de estos suplementadores de inmediato, sino ir retirándolos paulatinamente a medida que el suministro de leche es mayor (Agarwal y Jain, 2010; Muresan, 2011).

## 5. CONCLUSIONES

---

En la época en la que vivimos, cada vez es más frecuente los cambios sociológicos y la aparición de nuevas estructuras familiares. Además, debido a múltiples factores (entre ellos la crisis económica), la edad de independización es cada vez más tardía, repercutiendo a la hora de comenzar a formar una familia. Cada vez es más retrasada la edad de la primera gestación y esto afecta al embarazo; más abortos espontáneos y en muchos de los casos, cuando los tratamientos de fecundación artificial no pueden costearse o no resultan efectivos, la opción de la adopción aparece. Es por ello, que los profesionales de la salud tenemos que adaptarnos a estos cambios proporcionando el mejor asesoramiento; la lactancia materna en situaciones especiales tiene que empezar a promocionarse.

En algunos casos, sería todo un logro no tener que plantear la opción del proceso de relactación, pues esto significaría que se ha hecho una gran labor en tareas de promoción, educación y apoyo de la lactancia materna. Resulta fundamental la concienciación a las futuras madres y a su entorno familiar de que este proceso no es siempre sencillo, haciéndoles saber que su apoyo y motivación es muy necesario para el éxito de ella. Además, una vez llegados al proceso de relactación este sustento es doblemente necesario, puesto que ya han vivido una mala experiencia.

Lactancia materna en situaciones de adopción, en familias monoparentales y en familias homosexuales tiene que darse a conocer y plantearla como alternativa una vez evidenciados los grandes beneficios que proporciona tanto a madres como a hijos. Campañas de promoción desde atención primaria a atención hospitalaria urgen para ofrecer tratamientos de forma equitativa a todos nuestros pacientes. Para ello es imprescindible la figura de profesionales bien formados y especializados. En nuestro caso, el papel de la enfermera es fundamental en cuanto al apoyo psicológico, motivación, asesoramiento e instrucción; por lo tanto, especialidades como matrona o enfermera pediátrica deben comenzar a representar un papel protagonista en nuestros servicios de salud.

## 6. LIMITACIONES

---

La principal limitación, y que se presentó desde el inicio de este trabajo, ha sido la no atribución de palabras clave para estas temáticas en las bases de datos, determinando los resultados de las búsquedas. Además, se encontró poca evidencia publicada en los últimos 10 años.

Por otro lado, la inexperiencia por parte de esta autora en la realización de un trabajo de estas características y su flaqueza respecto a conocimientos metodológicos han dificultado el desarrollo de esta revisión.

## 7. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

---

Es de gran importancia identificar los motivos que suscitan a estas mujeres a iniciarse en estos procesos de lactancia en situaciones especiales (Szucs et al., 2010; Wilson et al., 2015). Al ser la creación o refuerzo de los lazos emocionales uno de los principales motivos que empuja a muchas de las madres a querer amamantar, es importante que los profesionales de la salud no dejen valorar como fracaso que la cantidad de leche proporcionada no sea la suficiente como para establecer de manera exclusiva la lactancia materna, ya que esta puede ofrecer otras muchas ventajas (Szucs et al., 2010; Wilson et al., 2015). Por ello es fundamental el apoyo y el asesoramiento de las enfermeras, instruyéndolas en la realización de una buena técnica de amamantamiento y motivándolas cuando aparezcan las dificultades, como también el de los familiares y amigos.

Con respecto a los lactogogos, pueden seguir tomándose mientras se amamanta, aunque algunas madres han sido capaces de dejar de tomarlas mientras lo hacían porque la cantidad de leche producida era suficiente, otras alegan una disminución en el suministro. En cuanto a la terapia hormonal debe ser parada antes de comenzar a amamantar (Bryant, 2006). Sin embargo, Wahlert y Fiester (2013) son más específicos y recomiendan como precaución, pararla 24-48 horas antes del inicio del amamantamiento. Por otro lado, Cho et al. (2010) recomienda la prescripción de estos medicamentos por un periodo de 4-21 días, incluyendo el periodo de reducción de dosis,

aunque en este caso se trata de mujeres en proceso de relactación. Además, en cuanto a los métodos no farmacológicos, en uno de los estudios más recientes que se han analizado en esta revisión (Saari y Yusof, 2014) se aconseja la estimulación cada 2-3 horas, para que de este modo se consigan unos niveles de prolactina suficientes que hagan que la producción de leche se mantenga. Del mismo modo, en los estudios llevado a cabo por Muresan y Nyati et al. (2011; 2014) se demostró que el poner al bebé al pecho ilimitadamente, y un mayor tiempo de la succión favorecía al restablecimiento de la lactancia.

En cuanto a las bebidas a base de hierbas, en los artículos analizados no se hace alusión a su eficacia, Cathy y Bryant (2006) señalan que su uso está basado en casos anecdóticos.

Por último, la mejor recomendación para aquellas madres que necesitan relactar es en algunos casos una buena medida de prevención, ya que, en muchas ocasiones, las razones por las que abandonan la lactancia podrían haberse evitado con un buen apoyo y asesoramiento (Cho et al., 2014; Abul-Fadl et al., 2012; Lommen et al. 2015). Si estas mujeres reciben la información y formación adecuada no habrá necesidad de que tengan que volver a reestablecer el suministro de leche, para ello es de urgencia la presencia de enfermeras especialistas y la implantación de buenas políticas de lactancia materna; los 10 pasos hacia una lactancia exitosa IHAN (Abul-Fadl et al. priorizan en los pasos 3 y 10) o la categorización de Hospital Amigo del Niño promovido por UNICEF y la OMS, además de una correcta formación por parte de los profesionales de la salud en cuanto a consejería de lactancia para que puedan promocionar y alentar estas buenas prácticas (Cho et al., 2010; Szucs et al., 2010; Abul-Fadl et al., 2012 Dehkhoda et al., 2013). Con respecto a las madres que sufren un proceso de hospitalización en primera persona, o por parte de sus hijos, o aquellas que sufren un destete prematuro, es importante que se les plantee la opción de relactar; incluyendo también a madres de bebés prematuros o recién nacidos de bajo peso en los que, en muchos casos, no pueden amamantar desde un primer momento (Grasielly Jeronimo dos Santos, 2011); sin olvidar a las mujeres infectadas por VIH y a sus hijos, ya que actualmente la OMS recomienda el amamantamiento durante la terapia antirretroviral y Nyati et al. (2014) demostró que brindando la lactancia materna había un beneficio en el crecimiento de estos infantes. Además, en un artículo publicado en África se recomienda la opción de que sean las



abuelas (no infectadas) las que lleven a cabo este proceso (Ogunlesi, Adekanmbi, Fetuga y Ogundeyi, 2008).

## **8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

---

Sería de gran interés realizar estudios por separado en cuanto a la efectividad de los métodos farmacológicos y los no farmacológicos en los procesos de lactancia inducida.

Por otro lado, también sería interesante realizar cursos informativos y de capacitación en los centros de atención primaria para dar a conocer estas opciones de proporcionar lactancia materna.

Además, sería muy conveniente que se plantearan cursos formativos dirigidos al apoyo psicológico y a técnicas de motivación por parte de las enfermeras.

## AGRADECIMIENTOS

---

Por diversas circunstancias, la realización de este trabajo no sólo ha supuesto un reto académico, sino que se acabó convirtiendo en un reto personal. Por ello quiero agradecerse a las personas nombradas a continuación, porque sin su apoyo y preocupación no hubiera podido finalizarlo.

En primer lugar, a la Dra. Sellán Soto, porque desde mi llegada a esta universidad ha sabido siempre comprender mi situación personal y laboral, ayudándome y animándome, y la cual ha sido determinante para la realización de este trabajo aportándome ideas muy valiosas y de gran ayuda. Agradecerle también su paciencia durante todo este tiempo.

A la profesora Belén Feijóo, quien me tutorizó durante la mayoría de los Practicums, y de la que siempre recibí el mejor de los consejos.

Por supuesto, a mi familia, en especial a mis padres por su apoyo incondicional creyendo en mí en todo momento.

A mis amigas y compañeras de equipo, en especial a aquellas que están finalizando también sus estudios, quiénes me han ayudado y animado en los momentos de angustia y tensión.

Y por último a mi abuela materna, mi primera paciente, con la que empezó toda esta aventura; esté donde esté espero que pueda sentirse orgullosa de su nieta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 10 datos sobre lactancia materna [web] (2015, Julio). Recuperado el 23 de febrero de 2016 de: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/>
- Abul-Fadl, A. M. A., Kharboush, I., Fikry, M., & Adel, M. (2012). Testing communication models for relactation in an egyptian setting. *Breastfeeding Medicine*, 7(4), 248-254. doi: 10.1089/bfm.2011.0026
- Agarwal, A., & Jain, A. (2010). Early successful relactation in a case of prolonged lactation failure. *The Indian Journal of Pediatrics*, 77(2), 214-215. doi: 10.1007/s12098-009-0247-2
- Auerbach, K. G. (1981). Extraordinary breast feeding: Relactation/induced lactation. *Journal of Tropical Pediatrics*, 27(1), 52.
- Auerbach, K. G., & Avery, J. L. (1980). Relactation: A study of 366 cases. *Pediatrics*, 65(2), 236.
- Auerbach, K. G., & Avery, J. L. (1981). Induced lactation. A study of adoptive nursing by 240 women. *American Journal of Diseases of Children (1960)*, 135(4), 340.
- Bryant, C. A. (2006). Nursing the adopted infant. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(4), 374-379. doi: 10.3122/jabfm.19.4.374
- Convenios actualizados no ratificados por España [web]. Recuperado el 25 de febrero de 2016 de: [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:11210:0::NO:11210:P11210\\_COUNTRY\\_ID:102847](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:11210:0::NO:11210:P11210_COUNTRY_ID:102847)
- Cho, S. J., Cho, H. K., Lee, H. S., & Lee, K. (2010). Factors related to success in relactation. *Journal of the Korean Society of Neonatology*, 17(2), 232-238. doi: 10.5385/jksn.2010.17.2.232
- De Aquino, R. R., & Osório, M. M. (2009). Relactation, translactation, and breast-oro gastric tube as transition methods in feeding preterm babies. *Journal of Human Lactation*, 25(4), 420-426. doi: 10.1177/0890334409341472

- Dehkhoda, N., Valizadeh, S., Jodeiry, B., & Hosseini, M. (2013). The effects of an educational and supportive relactation program on weight gain of preterm infants. *Journal of Caring Sciences*, 2(2), 97-103. doi: 10.5681/jcs.2013.012
- Díaz, M. (2013). Iniciativa Mundial de Lactancia Materna (IMLM): Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia. Recuperado el 20 de noviembre de 2015 de: [www.aeped.es](http://www.aeped.es)
- Grasielly Jeronimo dos Santos Mariano. (2011). Relactação: Identificação de práticas bem sucedidas relactación: Identificación de prácticas exitosas relactation: Identification of successful practices. *Revista De Enfermagem Referência*, (3), 163-170. Recuperado el 11 de febrero de 2016 de: <http://www.index-f.com/referencia/2011/33-163.php>
- Hormann, E., Savage, F. (1998). Relactación: revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. *Organización Mundial de la Salud*. Ginebra. Recuperado el 30 de noviembre de 2015 de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_chs\\_cah\\_98\\_14/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/es/)
- Kayhan-Tetik, B., Baydar-Artantas, A., Bozcuk-Guzeldemirci, G., Ustu, Y., & Yilmaz, G. (2013). A case report of successful relactation. *Turkish Journal of Pediatrics*, 55(6), 641-644.
- La IHAN “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” pasa a denominarse “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia” [web]. (2009, septiembre 9). Recuperado el 23 de febrero de 2016 de: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/cambio-de-nombre-ihan/>
- Lommen, A., Brown, B., & Hollist, D. (2015). Experiential Perceptions of Relactation A Phenomenological Study. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 498-503. doi: 10.1177/0890334415581646
- Lopes De Melo, S., & Candido Murta, E. F. (2009). Hypogalactia treated with hand expression and translactation without the use of galactagogues. *Journal of Human Lactation*, 25(4), 444-447. doi: 10.1177/0890334409337127
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011/2012*

- (ENSE 2011/2012). Recuperado el 28 de noviembre de 2015 de: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
- Muresan, M. (2011). Successful relactation-A case history. *Breastfeeding Medicine*, 6(4), 233-239. doi: 10.1089/bfm.2010.0062
- Nyati, M., Kim, H., Goga, A., Violari, A., Kuhn, L., & Gray, G. (2014). Support for relactation among mothers of HIV-infected children: A pilot study in soweto. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 9(9), 450.
- Oficina para la Igualdad de Género y Departamento de Normas Internacionales del Trabajo. (2012). Protección de la maternidad, trabajo y familia. *Igualdad de género y trabajo decente: Convenios y recomendaciones claves de la OIT para la igualdad de género* (pp. 41-47). Ginebra. Recuperado el 23 de febrero de 2016 de: [http://www.ilo.org/global/standards/information-resources-and-publications/publications/WCMS\\_088160/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/standards/information-resources-and-publications/publications/WCMS_088160/lang--es/index.htm)
- Ogunlesi, T. A., Adekanmbi, F. A., Fetuga, B. M., & Ogundeyi, M. M. (2008). Non-puerperal induced lactation: An infant feeding option in paediatric HIV/AIDS in tropical africa. *Journal of Child Health Care*, 12(3), 241-248. doi: 10.1177/1367493508092511
- OMS y UNICEF. (2002). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra. Recuperado el 30 de noviembre de 2015 de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es/)
- OMS., OPS. y UNICEF. (1998). *Consejería en lactancia materna: curso de capacitación*. Nueva York. Recuperado el 23 de febrero de 2016 de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_cdr\\_93\\_3/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_cdr_93_3/es/)
- Organización Internacional del Trabajo (2000). C183: Convenio sobre la protección de la maternidad, núm. 183, de 15 de junio. Ginebra. Recuperado el 23 de febrero de 2016 de: [http://www.ilo.org/global/standards/information-resources-and-publications/publications/WCMS\\_088160/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/standards/information-resources-and-publications/publications/WCMS_088160/lang--es/index.htm)
- Organización Internacional del Trabajo (2000). R191: Recomendación sobre la protección de la maternidad, núm. 191, de 15 de junio. Ginebra. Recuperado el

23 de febrero de 2016 de: [http://www.ilo.org/global/standards/information-resources-and-publications/publications/WCMS\\_088160/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/standards/information-resources-and-publications/publications/WCMS_088160/lang--es/index.htm)

Organización Internacional del Trabajo (2014). *La maternidad y la paternidad en el trabajo: La legislación y la práctica en el mundo. Resumen*. Ginebra. Recuperado el 25 de febrero de 2016 de: <http://www.ilo.org/global/topics/equality-and-discrimination/maternity-protection/publications/maternity-paternity-at-work-2014/lang--es/index.htm>

Organización Mundial de la Salud y UNICEF. (2009). *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Módulo 1: Antecedentes y Ejecución*. Recuperado el 20 de febrero de 2016 de: [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse/es/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/)

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia Natural*. Ginebra. Recuperado el 20 de febrero de 2016 de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/WHO\\_CHD\\_98.9/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_CHD_98.9/es/)

Saari, Z., & Yusof, F. M. (2014). Induced lactation by adoptive mothers: A case study. *Jurnal Teknologi (Sciences and Engineering)*, 68(1), 123-132. doi: 10.11113/jt.v68.2894

Saari, Z., & Yusof, F. M. (2015). Motivating factors to breastfeed an adopted child in a muslim community in malaysia. *Jurnal Teknologi*, 74(1), 211-220. doi: 10.11113/jt.v74.4424

Santana, Maria da Conceição Carneiro Pessoa de, Moroni, B. C. S., Alpino, L. d. L., & Porto, Vanessa Fernandes de Almeida. (2014). Atuação fonoaudiológica hospitalar junto a um processo de relactação e adoção: Relato de caso. *Revista CEFAC*, 16(6), 2048-2052. doi: 10.1590/1982-021620148913

Shiva, M., Frotan, M., Arabipoor, A., & Mirzaaga, E. (2010). A successful induction of lactation in surrogate pregnancy with metoclopramide and review of lactation induction. *International Journal of Fertility & Sterility*, 3(4), 191-194.

Singh, D. K., Rai, R., & Dubey, S. (2014). Supplementary suckling technique for relactation in infants with severe acute malnutrition. *Indian Pediatrics*, 51(8), 671-671. doi: 10.1007/s13312-014-0476-y

- Szucs, K. A., Axline, S. E., & Rosenman, M. B. (2010). Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 26(3), 309.
- UNICEF/OMS e IHAN España. (2014). *Estrategia centros de salud IHAN. Manual para la acreditación* (pp 11-20). España. Recuperado el 20 de Febrero de 2016 de: <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-centro-de-salud-ihan/>
- Wahlert, L., & Fiester, A. (2013). Induced lactation for the nongestating mother in a lesbian couple. *The Virtual Mentor: VM*, 15(9), 753.
- Wilson, E., Perrin, M. T., Fogleman, A., & Chetwynd, E. (2015). The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 31(1), 64-67. doi: 10.1177/0890334414553934
- Wittig, S. L., & Spatz, D. L. (2008). Induced lactation: Gaining a better understanding. *MCN. the American Journal of Maternal Child Nursing*, 33(2), 76.